

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 5

LA
CHIRURGIE DES VARICES
DES MEMBRES INFÉRIEURS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 1907

PAR

Paul-Auguste CANAGUIER

INTERNE DES HÔPITAUX

PRIX DE LA FACULTÉ, 1902 (Mention honorable)

LAURÉAT DES HÔPITAUX (*ter*)

(Médaille de bronze 1904; Médaille d'argent 1906; Médaille d'argent 1907)

Né à Lodève (Hérault), le 7 septembre 1883.

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR,	professeur.....	Président.
		MOURE,	profes ^r -adjoint	} Juges.
		BÉGOUIN,	agrégé.....	
		VENOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ
47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 5

LA
CHIRURGIE DES VARICES
DES MEMBRES INFÉRIEURS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 1907

PAR

Paul-Auguste CANAGUIER

INTERNE DES HÔPITAUX

PRIX DE LA FACULTÉ, 1902 (Mention honorable)

LAURÉAT DES HÔPITAUX (*ter*)

(Médaille de bronze 1904; Médaille d'argent 1906; Médaille d'argent 1907)

Né à Lodève (Hérault), le 7 septembre 1883.

Examineurs de la Thèse

{	MM. VILLAR,	professeur.....	<i>Président.</i>
	MOURE,	profesr-adjoint	
	BÉGOUIN,	agrégé.....	<i>Juges.</i>
	VENOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY.....		} Professeurs honoraires.		
MASSE.....				
MM.			MM.	
Clinique interne	{ PICOT.	Physique biologique et élec-		
	{ PITRES.	tricité médicale		BERGONIE.
Clinique externe.....	{ DEMONS.	Chimie		BLAREZ.
	{ LANELONGUE.	Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu-		Pharmacie.....		DUPOUY.
tique générales.....	VERGELY.	Matière médicale.....		DE NABIAS.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale ..		FERRÉ.
Médecine opératoire ...	VILLAR.	Clinique ophtalmologique..		BADAL.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	LEFOUR.	Clinique chirurgicale infan-		
Anatomie pathologique.	COÛNE.	tile et orthopédie.....		DENUCÉ.
Anatomie	GENTES (chargé)	Clinique gynécologique....		BOURSIER.
Anatomie générale et		Clinique médicale des mala-		
histologie.....	VIAULT.	dies des enfants		MOUSSOUS.
Physiologie.....	JOLYET.	Chimie biologique.....		DENIGES.
Hygiène	LAYET.	Physique pharmaceutique..		SIGALAS.
Médecine légale	L. LANDE.	Pathologie exotique.....		LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.		MM. VERGER.		M. CRUCHET.
CABANNES.		ABADIE.		

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe..	{	MM. BÉGOUIN.	}	Accouchements....	{	MM. ANDÉRODIAS.
		VENOT.				PERY.
		GUYOT.				

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	{	MM. GENTES.	}	Histoire naturelle.....	{	MM. BEILLE.
		CAVALIÉ.				MANDOUL.
Physiologie		GAUTRELET.				

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie	M. BENECH.		Pharmacie.....	{	MM. BARTHE.
					LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES AMIS

A mon Président de thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

*Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Vous avez toujours témoigné à votre élève les plus grandes marques de sympathie et d'intérêt et vous l'avez puissamment aidé dans l'élaboration de ce travail. Aujourd'hui vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Laissez-moi vous en offrir l'hommage et vous exprimer toute ma gratitude.

Arrivé au terme de nos études médicales, il est pour nous un devoir bien doux à remplir, celui de remercier tous ceux qui nous ont témoigné quelque intérêt ou quelque affection durant nos années d'étudiant.

M. le professeur agrégé Mongour guida nos premiers pas dans l'étude si ardue de la médecine. Nous serons toujours reconnaissant à ce maître de nous avoir fait comprendre et d'avoir mis à la portée de notre jeune expérience les problèmes parfois si difficiles de la pathologie interne.

M. le D^r Courtin, chirurgien des hôpitaux, dont nous fûmes l'externe, nous apprit les premières notions de chirurgie. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici des bons conseils qu'il nous donna et des soins éclairés qu'il nous prodigua.

Nous n'oublierons jamais l'année que nous avons passée dans le service de M. le professeur Pitres. Nous avons largement bénéficié de son enseignement si précis, de ses magistrales leçons cliniques et nous avons pu apprécier aussi avec sa haute intégrité scientifique, sa bienveillance et sa bonté. Pendant cette même année, MM. les professeurs agrégés Verger et Abadie nous ont témoigné de grandes marques d'intérêt; nous leur exprimons nos plus sincères remerciements.

C'est auprès de M. le professeur Denucé que nous avons débuté comme interne. Plein d'indulgence pour nos débuts, il a toujours été pour nous un maître bienveillant dont nous ne saurions oublier les multiples bontés.

M. le professeur agrégé Cassaët, durant notre deuxième année d'internat, a parachevé notre éducation médicale en mettant à notre service les trésors de sa vaste érudition. Nous lui en garderons une profonde reconnaissance,

MM. les D^{rs} Verdelet et Rocher, chirurgiens des hôpitaux, ont été pendant peu de temps, trop peu à notre gré, nos chefs de service. Qu'ils soient assurés de notre gratitude.

Nous avons fait notre troisième année d'internat dans le service de M. le professeur Villar et nous sommes heureux de pouvoir passer encore une autre année auprès de lui. Aussi remarquable clinicien qu'habile chirurgien, il a toujours été pour nous un maître bon et bienveillant. Nous ne saurions trop le remercier de tous les profitables conseils qu'il nous donna pour l'exécution de ce travail et aussi de l'amabilité qu'il eut de nous permettre à maintes reprises de prendre le bistouri et de pratiquer quelques opérations. Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

Enfin que tous nos camarades d'internat et nos bons amis, les D^{rs} Olivier, Dubourdieu, Latronche et Latreille reçoivent l'assurance de notre plus vive amitié.

LA

CHIRURGIE DES VARICES

DES MEMBRES INFÉRIEURS

HISTORIQUE

Division du sujet.

La thérapeutique des varices et de leurs complications est une question qui, de tout temps, a préoccupé les médecins. Pour s'en rendre compte, il suffit de jeter un coup d'œil sur la quantité innombrable de traitements qui ont été proposés contre cette maladie et principalement pour la cure d'une de ses complications les plus fréquentes : l'ulcère. Malheureusement, tant d'efforts n'ont pas été couronnés de succès. Bien des ulcères variqueux sont rebelles au traitement qu'on leur applique et récidivent avec une fréquence désespérante. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, aux traitements médicaux qui ne peuvent être que palliatifs, se substitue peu à peu le traitement chirurgical qui paraît être le seul donnant des résultats complets et durables.

Il ne faudrait pas croire que cette idée d'appliquer la méthode sanglante au traitement des varices soit l'apanage de notre époque. Cette idée, nous en retrouvons les germes dans les temps les plus reculés.

Plutarque nous rapporte le cas du proconsul romain C. Marius, qui voulut se faire enlever des varices très gênantes. On pratiqua sur lui l'extirpation des veines variqueuses, mais la douleur empêcha le proconsul de subir jusqu'au bout l'opération.

Hippocrate pratiquait la saignée pour dégonfler les vaisseaux variqueux et les débarrasser d'un « sang mauvais ». Celsus et Galien parlent de l'excision et de la ligature des varices.

Plus près de nous, Ambroise Paré conseillait de faire des ligatures sur les varices lorsque celles-ci menacent de se rompre. Cette pratique est mise à exécution par Dionis (1714) et J.-L. Petit (1774).

En 1799, Everard Home inaugure divers procédés de ligatures.

Dès lors, le traitement chirurgical des varices est pratiqué assez fréquemment. Rima (de Venise), préconise l'excision des varices. Mais ce chirurgien voit se produire des accidents redoutables chez ses opérés (phlébite, infection purulente). C'est pourquoi Follin ne craignait pas de dire que l'excision était la plus dangereuse des méthodes opératoires.

Les insuccès de Rima et ceux de Lisfranc, un peu plus tard, eurent un grand retentissement dans le mode médical. La cure sanglante des varices fut donc condamnée (1835-1840).

Quelques années après, en 1855, Verneuil donnait en quelque sorte le coup de grâce à la méthode sanglante, en énonçant ses fameux préceptes qui montrent l'inutilité de l'intervention dans les varices.

Depuis 1835-1840 jusque vers 1875, nous traversons une période pendant laquelle les chirurgiens n'opèrent plus les varices. Ils ne tentent que de petites opérations bénignes, se mettant ainsi à l'abri de la terrible infection purulente. Ils inaugurent une infinité de procédés plus ou moins anodins.

Vidal fait la compression des veines variqueuses,

Gagnebé (1830), Davat (1833), Chaumette (1848), Reynaud font des ligatures sous-cutanées ou per-cutanées.

D'autres font autour de la veine des injections de liquides, soit coagulants, soit caustiques. Ces procédés sont adoptés par Laugier, Valette. Bonnet (1839) traite deux mille cas par les caustiques; Ericksen, Maisonneuve emploient le tannate d'iode; Botinini se sert du chloral; Bryant du tannin.

En 1853, Dolbeau fait autour des ulcères variqueux une petite incision circulaire.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur cette nomenclature de procédés et d'auteurs, pour arriver à l'époque des découvertes de Lister.

Les premières notions d'antisepsie ouvrent à la chirurgie une ère nouvelle. L'innocuité des opérations, jadis réputées impossibles, rend les chirurgiens plus audacieux, et dès ce moment la chirurgie, libre de toute entrave, prend un essor considérable.

La question du traitement chirurgical des varices revient à l'ordre du jour. Les préceptes de Verneuil commencent à être battus en brèche et de nouveau on reprend le traitement des varices par la méthode sanglante.

En 1875, Steele (de Bristol), Marshall, Davies Calley, Fry pratiquent l'excision des varices et montrent combien cette opération est simple et peu dangereuse. La même année, Rigaud applique un procédé nouveau : la dénudation. La veine étant mise à nu, on passe au-dessous d'elle une sonde et on expose le vaisseau à l'air. Ce dernier ne tarde pas à se gangrener et de cette façon la veine est interrompue dans sa continuité.

En 1876, Lucas-Championnière fait la ligature des troncs variqueux.

La section de la veine entre deux ligatures avec résection d'une portion de vaisseau est pratiquée, en 1877, en Allemagne par Starke et Schede.

Howse (1877), Annandale (1879) pratiquent l'excision des varices et sont suivis dans cette voie, en 1883, par Putti et Ruggi, dont Felice Mari nous rapporte les bons résultats opératoires.

D'autres opérateurs sont justement célèbres, ce sont : en

1884, Madelung, Medini, Weinlechner; en 1885, Lebrun; en 1886, Franks Kendal; en 1889, Phleps, Petterson; en 1890, Trendelenburg invente une technique opératoire à laquelle il a donné son nom.

Comme on le voit, la chirurgie des varices avait pris une grande extension. Mais parmi tous ces opérateurs, nous ne relevons aucun nom français, sauf Lucas-Championnière qui fut toujours un ardent défenseur du traitement opératoire. L'école française, en effet, fut rebelle à accepter la chirurgie des varices.

En 1883, une thèse de Paris par Verdier indique les gros dangers des opérations sur les varices.

Ce n'est qu'en 1885, bien longtemps après le début de la période antiseptique, que nous trouvons un chirurgien français, Schwartz, qui commence à accepter l'idée d'un traitement chirurgical des varices. Il indique un procédé de choix mais il conclut que le nombre des cas opérables est restreint.

En 1890, Quénu, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, dit qu'il faut être très réservé pour employer dans le traitement des varices la méthode sanglante, méthode qui, dit-il, « n'a pas fait encore ses preuves ».

Mais, à ce moment, grâce aux succès des chirurgiens étrangers, une réaction favorable à l'opération se produit en France. Ricard (1890), Rémy (1892), Montaz, de Grenoble (1890), Cerné (1891) préconisent l'intervention.

Perthes (1895), en Allemagne, fait connaître les bons résultats du procédé de Trendelenburg.

Schwartz revient sur ses idées premières et, en 1898, il avait opéré une centaine de cas de varices.

Dès cette époque, le nombre des opérateurs se multiplie tant en France qu'à l'étranger.

A Bordeaux, MM. les professeurs Villar, Pousson, Venot, publient les heureux résultats de leurs interventions.

En 1899, Moreschi indique un procédé nouveau : l'incision circonférentielle de jambe, procédé qui a été fort employé par un grand nombre de chirurgiens français et, en particulier, par Hardouin (1906).

Enfin, en 1904, Chrétien et Esprit, dans un travail très complet, étudient les indications opératoires.

Parmi ces divers procédés, tous jugés excellents par les auteurs qui les ont employés, il est souvent difficile de faire un choix. De plus, les indications opératoires sont diversement interprétées : tel cas de varices indique l'opération, pour certains auteurs ; pour d'autres, au contraire, il la contre-indique.

Dans ces conditions, il nous a paru bon de fixer, dans un travail d'ensemble, une ligne de conduite opératoire. Savoir quels sont les cas à opérer et quelle opération il convient de faire pour chacun d'eux.

Dans un premier chapitre, nous montrerons que tous les traitements médicaux sont impuissants à guérir les varices ; que, seul, le traitement chirurgical en général, répondant aux données de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, est capable de donner une guérison stable.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons quels sont les cas justiciables d'une intervention, quels sont ceux qui doivent être traités par les moyens médicaux.

Dans un troisième chapitre, nous exposerons les divers procédés opératoires et nous en ferons une étude critique qui nous permettra de fixer notre choix.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous ferons voir les résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical que nous aurons choisi.

CHAPITRE PREMIER

De la supériorité du traitement chirurgical sur tous les autres traitements des varices.

Le nombre des tentatives opératoires faites sur les varices est bien minime, par rapport à la quantité innombrable des malades atteints de cette affection. C'est pourquoi il est permis de se poser cette question : Doit-on traiter les varices par la méthode chirurgicale? Sans hésiter, nous répondrons affirmativement, parce que les varices entraînent de l'impotence fonctionnelle, véritable malheur pour l'ouvrier, et parce que des complications, souvent redoutables, peuvent surgir à tout moment. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question lorsque nous traiterons des indications du traitement opératoire.

Pour le moment, nous ne devons nous demander qu'une chose : un variqueux a accepté l'idée d'un traitement curatif; vaut-il mieux lui proposer un traitement chirurgical qu'un traitement médical? Evidemment, si nous ne prenons conseil que du malade, il nous dira que le traitement chirurgical ne doit être qu'un pis-aller. Cela ne doit pas être notre avis, car la guérison ne pourra jamais être obtenue par les moyens médicaux, et c'est ce que nous allons nous attacher à démontrer maintenant.

Nous entendrons par traitement médical tout traitement dans lequel le médecin ne fera aucune solution de continuité des tissus. Nous envisagerons donc parmi les moyens médicaux tous les pansements qu'on est susceptible de faire sur les ulcères variqueux. Nous avons cru bon d'établir cette distinction, car

les pansements des ulcères variqueux sont souvent rattachés au domaine de la chirurgie.

Les moyens médicaux doivent être divisés en deux catégories : 1° ceux qui s'adressent aux varices ; 2° ceux qui s'adressent à l'ulcère.

Dans la première catégorie, nous devons placer en tête de ligne le plus simple des traitements : *le repos*.

Il est démontré, à l'heure actuelle, que le repos ne peut, par lui-même, produire la guérison des varices. Compter sur la guérison pure et simple des varices par le repos serait se bercer d'un espoir irréalisable, nous dit Rémy. Cette opinion est acceptée, même par les plus opposés à la cure sanglante. Quelquefois, sous l'influence du repos, il se forme dans les veines variqueuses une phlébite adhésive, qui donne la guérison, mais une guérison bien peu durable, car on a toujours observé des récidives à courte échéance.

Cependant le repos n'est pas sans influence sur les varices. On a remarqué et nous voyons tous les jours des variqueux hospitalisés pendant longtemps pour toute autre maladie, sortir de l'hôpital avec une amélioration notable de leur affection première. Mais, à peine ils ont repris leur vie active, les varices réapparaissent aussi volumineuses qu'auparavant. C'est pour quoi nous constatons que les varices diminuent avec l'âge, puisque l'activité physique diminue en même temps.

En somme, nous pouvons conclure avec Rémy, que « si la dilatation variqueuse ne guérit que lorsque l'homme est classé au rang des êtres incapables de gagner leur vie, le résultat est maigre, et la société surchargée d'infirmes ».

Un traitement qui a plus de vogue et que presque tous les variqueux ont employé, est l'application d'un *bandage élastique*.

Le but de ce traitement est de soutenir les parois veineuses défailtantes et de suppléer aussi à l'élasticité de la peau si souvent compromise chez les variqueux. On peut arriver à ce résultat de diverses façons : soit à l'aide de bandes de toile, de flanelle ou de crêpe Velpeau, enroulées autour du membre, soit

à l'aide du bas à varices. Ce dernier est plus employé car, d'une application plus facile, il remplit mieux son rôle de compression.

Peut-on guérir les varices avec un bas élastique? Nous ne le croyons pas, car le vaisseau variqueux n'est pas seulement un vaisseau dont la tonicité pariétale est faible, mais encore un vaisseau dont les parois sont profondément modifiées. Au début, il n'y a qu'une simple hypertrophie de la tunique moyenne de la veine; mais peu à peu cette tunique cède sous l'effort de la poussée sanguine. Du tissu conjonctif néoformé infiltre la couche musculaire, s'étend à la couche externe; les vasa vasorum se dilatent et autour d'eux commence à se faire un processus de sclérose. Enfin les parties avoisinant le vaisseau participent à ce processus et la périphlébite s'établit. En somme, la veine variqueuse, arrivée au dernier terme de son évolution, est une veine atteinte de phlébite chronique, de phlébo-sclérose, en tout analogue à la sclérose artérielle. Au cours de nos opérations, nous avons trouvé des veines ayant perdu toute leur souplesse et difficiles à lier parce que l'étreinte du catgut les brisait comme un tube de verre.

D'après ce rapide aperçu anatomo-pathologique, il est facile de comprendre que la compression par le bas élastique est incapable de faire rétrocéder de telles lésions.

Dans certains cas, on peut obtenir la guérison par ce moyen, lorsque les varices sont traitées dès le début. La tunique musculaire du vaisseau n'est qu'à sa phase d'hypertrophie. Une bonne compression, jointe au repos presque complet, en supprimant la tension intra-vasculaire, peut permettre aux parois de la veine de reprendre leur tonicité normale; bien souvent même ce procédé échoue et la récurrence est presque fatale. De plus, nous ne devons guère compter pouvoir appliquer ce traitement, car les varices, à leur début, passent inaperçues par leur indolence et le malade ne nous fera appeler que lorsqu'il aura déjà des vaisseaux variqueux importants dont les lésions ne pourront pas rétrocéder par la compression élastique.

Donc, sauf ces cas rares, le bas à varices ne peut donner une guérison durable.

Cependant, c'est là un des meilleurs traitements médicaux et nous ne devons pas le rejeter tout à fait. S'il ne guérit ni n'améliore la lésion, il améliore la fonction. Bien des gens, rendus impotents par des varices qui provoquent de la douleur, de l'œdème, etc... peuvent reprendre leurs occupations grâce à un bandage élastique. Mais, à peine ont-ils quitté leurs bas à varices, les mêmes phénomènes réapparaissent aussitôt avec la même intensité. Cependant, malgré le bas, ces malades ne peuvent se livrer à un travail pénible et, d'autre part, c'est une véritable infirmité pour eux d'être obligés de porter toute leur vie un bandage compressif. Si l'on ajoute à cela que le bas élastique doit être renouvelé souvent (chose quelquefois impossible à l'ouvrier, malgré la modicité du prix), qu'il ne met pas à l'abri des complications (phlébite, rupture veineuse, etc...), on comprend aisément l'utilité d'un traitement curatif.

Un autre traitement, de date relativement récente, est la cure des varices par *la marche*.

Ce mode de traitement est basé sur la théorie suivante. Les gens le plus fréquemment atteints de varices sont ceux qui, de par leur métier, doivent garder l'immobilité dans la station debout. La colonne sanguine, dont la circulation est ralentie, pèse de tout son poids sur les veines des membres inférieurs et finit par les distendre. Donc il est nécessaire, pour empêcher ce processus, de mouvoir ses jambes, afin que les contractions musculaires activent la circulation de retour. « Mieux vaut piétiner sur place que de rester immobile », dit à ce sujet Albert Robin.

Une autre théorie, dont le point de départ est différent, arrive aux mêmes conclusions. Ce n'est plus l'immobilité debout qui cause les varices, mais c'est le mouvement uniforme. Cette théorie exposée par R. de Gaulejac, part de ce fait que les varices s'observent souvent chez des gens qui marchent ou qui font de l'exercice (cyclistes, par exemple). Il admet que chez ces gens-là le sang progresse dans les membres inférieurs, d'une manière spéciale, sous l'influence d'un même mouvement souvent répété. A chacune des sortes de mouvement rythmique, est rattaché un

mode spécial de progression sanguine invariable. Dans chaque espèce de mouvement souvent répété, il se produit des contractions musculaires ou des compressions toujours les mêmes, qui poussent la colonne sanguine à exercer une pression toujours *sur le même point fixe des parois veineuses ou sur les mêmes valvules*. D'où dilatation de la paroi à ce niveau ou insuffisance valvulaire.

De cette théorie découle une conclusion thérapeutique. « Si la similitude prolongée de mouvements crée de la dilatation veineuse, un exercice modéré, mais surtout varié de façon à répartir le travail des veines sur toute leur étendue, devra constituer un moyen susceptible d'améliorer certains types de varices » (R. de Gaulejac).

Chacune de ces théories est exacte, mais tandis que la première s'adresse plus particulièrement aux varices générales, la seconde s'adresse plutôt aux varices localisées. Quoi qu'il en soit la marche, étant un des meilleurs exercices qui mettent en jeu de diverses façons la majorité des muscles de l'économie, est un moyen excellent pour activer la circulation sanguine des membres inférieurs et pour empêcher les pressions locales.

Mais ce traitement n'a pas répondu aux espérances qu'il avait fait naître. Il est difficile de concevoir la guérison par ce moyen de ces énormes varices, avec ampoules multiples, avec sclérose des parois, périphlébite, lésions cutanées, etc... D'autre part, nous voyons tous les jours les variqueux porteurs d'ulcères ne s'améliorer que s'ils restent au repos. Si la marche échoue, est-ce parce que les mouvements que font les malades ne sont pas dirigés ? Dans ce cas, comment astreindre un ouvrier, par exemple, à faire tous les jours pendant des heures une gymnastique musculaire, intelligemment comprise et cela pendant plusieurs années ? Ce qui est possible pour certains ne l'est pas pour d'autres. D'ailleurs cette méthode ne nous a jamais donné des guérisons durables.

Nous n'étudierons pas d'autres moyens médicaux de la première catégorie. Tous (massage, hydrothérapie, hamamelis virginica, ergotine etc.), ont donné quelquefois la guérison de

cas légers, assez souvent une amélioration des cas graves mais jamais la guérison définitive.

Les traitements médicaux ne s'adressant qu'à l'ulcère, sont encore moins efficaces que les précédents. Les médicaments employés pour guérir les ulcères sont innombrables. Nous n'en citerons que quelques-uns : perchlorure de fer (Richet), sulfate de cuivre (Blanc), salicylate de bismuth (Desplats), glycérine créosotée (Vannier), sulfure de carbone (Liégeois), tanin, iodoforme, collodion, presque tous les antiseptiques, bandelettes de diachylon (Baynton), sparadrap au minium (Goureau), injections de paraffine, greffes de Thiersch, autoplastie (Poncet), etc., etc.

Tous ces procédés ont guéri beaucoup d'ulcères. Mais guérir un ulcère variqueux n'est pas guérir les varices. L'ulcère est produit par les varices; tant que la cause persistera, l'effet apparaîtra. C'est pourquoi nous voyons les ulcères récidiver avec une fréquence très grande. Enfin, un certain nombre d'entre eux sont rebelles à tout traitement.

Nous devons signaler un traitement tout nouveau des ulcères variqueux et qui agit en même temps sur les veines malades : c'est la *radiothérapie des varices*.

Le Dr J.-C. Mc Guire, professeur de dermatologie à l'University of Georgetown, de Washington, a essayé ce traitement et il nous rapporte l'observation de deux cas.

Dans l'un il s'agit d'une femme ayant un ulcère variqueux de la jambe. Il fit tous les deux jours des séances de radiothérapie de cinq minutes chacune. L'ulcère cicatrise et les veines dilatées qui sillonnaient la jambe disparaissent après cinq semaines de traitement.

Dans un autre cas, il s'agit d'un paquet variqueux du mollet droit, ayant 6 à 7 centimètres de diamètre et s'élevant de 2 centimètres au-dessus des plants adjacents. Au bout d'un mois de traitement, il y a réduction de moitié de la lésion.

Il est difficile de conclure sur deux observations seulement. Dans une il n'y a qu'amélioration; dans l'autre la guérison est complète, mais il s'agit de savoir (ce que ne nous dit pas Mc Guire) quel était le volume des varices et si la guérison a été

définitive. Nous n'approuverons ni ne condamnerons cette méthode, jusqu'au moment où de nouvelles expériences seront venues nous démontrer son efficacité réelle.

D'après tout ce que nous venons de dire, nous sommes autorisé à conclure que le traitement médical est absolument impuissant à guérir radicalement les varices. Or, ainsi que le dit Rémy, les varices sont « pour les travailleurs de la classe pauvre une affection des plus terribles. Elle les réduit à l'impuissance et à la misère sans abréger leur vie et diminuer leurs besoins, car tous les autres organes restent sains. Ils se traînent pendant des années d'hôpital en hôpital, sans y trouver jamais de guérison ou d'asile définitif. Une telle situation légitime toutes les tentatives opératoires ».

Voyons donc si le traitement chirurgical peut donner la guérison.

Ici, la question se complique, car, si le traitement chirurgical, en enlevant les veines malades, supprime du même coup la lésion de ces veines, chose que ne pouvait faire le traitement médical, il n'est pas prouvé que cette guérison immédiate soit une guérison durable. En un mot, pour que le traitement chirurgical soit le traitement de choix, il faut qu'il mette le malade à l'abri des récidives. Ce but ne peut être atteint que si, en supprimant les varices, il supprime aussi leurs causes. C'est ce que nous allons étudier.

Mais, auparavant, nous devons montrer quelles sont ces causes, autrement dit exposer la pathogénie des varices.

Nous ne parlerons pas des théories pathogéniques anciennes qui n'ont aucune valeur. Nous n'exposerons que les théories actuelles qui sont admises aujourd'hui par tout le monde.

Les varices sont causées par l'insuffisance valvulaire de la saphène interne.

Delbet a constaté que cette insuffisance valvulaire était un fait *constant* chez les variqueux. Au moment des efforts, la pression augmente dans la saphène qui se dilate, devient peu à peu flexueuse, puis variqueuse. La distension de cette veine se produit également en dehors de l'effort. Il est à remarquer, en effet,

qu'une saphène interne dont les valvules sont insuffisantes communique largement, par l'intermédiaire de la fémorale, avec la veine cave inférieure et le cœur droit. Cette énorme colonne sanguine, qui représente à peu près les deux tiers de la masse totale du sang, n'est plus fractionnée par les valvules de la saphène et pèse de tout son poids sur les parois de ce vaisseau qu'elle ne tarde pas à distendre. Mais, au moment des efforts, la pression intra-vasculaire devient plus considérable et la distension s'exerce avec plus de force.

Ledderhose (de Strasbourg) n'admet pas cette théorie. Pour lui, les valvules n'exercent pas la fonction régulatrice de pression et de circulation qu'on leur a attribuée. Dans la station debout ou pendant les efforts, Ledderhose a constaté que les valvules restaient ouvertes. Elles n'entrent en jeu que dans les changements de position brusques du membre (faire passer, par exemple, brusquement le membre, de la position verticale à la position horizontale). D'où il conclut que chez les variqueux la distension exagérée des veines qu'on observe pendant la station debout ne doit pas être attribuée à une élévation de la pression sanguine par insuffisance valvulaire, mais simplement à la diminution de la tonicité des parois veineuses elles-mêmes.

Cependant, il est difficile de nier l'influence de la pression sanguine et de penser qu'une veine, dont la paroi est peu résistante, peut supporter impunément les variations de pression exercées par une colonne sanguine d'une telle importance. D'ailleurs, la théorie de Ledderhose sur le rôle des valvules veineuses est loin d'être admise par tous et d'être parfaitement démontrée et, jusqu'à plus ample informé, nous attribuerons aux valvules le rôle que tout le monde leur accorde.

Par suite de ce reflux sanguin, venant de haut en bas, on doit voir apparaître la dilatation variqueuse dans le même sens. Or, les varices débutent, en général, par les rameaux d'origine de la saphène et évoluent de bas en haut ; c'est la majorité des cas. Certains cas, pourtant, débutent par le tronc de la saphène, ce sont les moins nombreux, mais ils existent et nous en avons observé plusieurs.

Donc, cette théorie du reflux superficiel n'expliquant que la minorité des cas, il faut rechercher dans une autre action la cause principale des varices. Ce n'est pas à dire pour cela que le reflux superficiel soit négligeable puisqu'il peut produire à lui seul quelques varices; mais son rôle le plus important est d'aggraver considérablement et rapidement les varices existantes. Sur des varices avec insuffisance valvulaire, le reflux superficiel intervient surtout au moment des efforts thoraciques et abdominaux et donne aux saphènes ce que Terrier a appelé « le coup de bélier abdominal ». Ces coups de bélier, répétés fréquemment sur des veines déjà malades, ont pour effet de les distendre davantage.

Les traitements chirurgicaux, par les méthodes de ligatures étagées de Trendelenburg, de Schwartz, répondent aux indications de cette théorie en fractionnant la colonne sanguine.

La principale cause, la véritable cause efficiente des varices réside dans la *poussée profonde*.

Cette poussée profonde consiste en ceci : A chaque contraction musculaire des muscles du membre inférieur, le sang est chassé du système veineux profond. Ce sang trouve issue par l'intermédiaire des veines perforantes, dans le système veineux superficiel qui, à chaque contraction musculaire, se trouve brusquement distendu par cette ondée qui est sous forte pression. C'est le « coup de bélier musculaire » de Delore, par opposition au coup de bélier abdominal. Sous l'influence de cette action, les veines superficielles se laissent distendre et deviennent variqueuses.

Terrier et Alglave nous donnent une bonne description des effets de cette poussée profonde. « Elle s'exerce toutes les fois que, pour une cause quelconque, il y a soudain du trop plein profond « général » ou « local » dans le membre et qui doit trouver brusquement issue vers la périphérie.

» Qu'un individu qui était au repos se mette à marcher ou à courir, son système veineux superficiel se remplit davantage, ce qui est facilement visible. Qu'un variqueux, dans les mêmes conditions et qui n'a pas de reflux superficiel appréciable, se

mette également à marcher, et ses varices se distendent. Chez l'un comme chez l'autre, les veines superficielles se gonflent par l'apport profond ; chacun l'a vu ».

Pour que cette théorie soit exacte, il est nécessaire que le sang, qui, normalement, suit dans son retour vers le cœur et les veines profondes et les veines superficielles, puisse, sous l'influence de contractions musculaires, abandonner le système profond pour se jeter en masse dans le système superficiel.

Ce n'est pas là l'avis de tous les auteurs. Pour certains, le sang de tel territoire passe, indépendamment de l'action musculaire, toujours dans le même système veineux. Le Dentu et Houzé pensent que le sang des organes profonds passe par les veines profondes et que le sang venant des organes superficiels (peau, graisse sous-cutanée) adopte la voie des veines superficielles. De plus, le sang du pied va des veines profondes aux veines superficielles, tandis que le sang de la cuisse et de la jambe va des veines superficielles aux veines profondes. Theile et Henle pensent le contraire. Pour eux, le sang du pied va du réseau superficiel au réseau profond ; le sang de la cuisse et de la jambe du réseau profond au réseau superficiel.

Mais si l'on s'appuie sur l'anatomie, on voit combien ces distinctions sont arbitraires. L'anatomie des veines perforantes, si bien décrite par Charpy, nous apprend ceci : Il y a trois sortes de veines perforantes.

1° Des perforantes avalvulaires joignant les deux réseaux veineux profond et superficiel.

2° Des perforantes valvulaires qui conduisent le sang de la surface à la profondeur.

3° Des perforantes valvulaires qui conduisent le sang de la profondeur à la surface.

Par conséquent, grâce à ce système de perforantes, le sang peut aller indifféremment dans les deux sens, en empruntant des voies appropriées. C'est à cette opinion que se range Klotz. Donc les contractions musculaires, en comprimant les veines profondes, les vident dans les veines superficielles, en constituant la poussée profonde.

Maintenant il s'agit de démontrer que cette poussée profonde est bien la cause des varices. On en trouve une première preuve dans ce fait que « les perforantes, à leur point d'aboutissement dans les veines superficielles, sont plus ampullaires et plus malades que dans tous les autres points de leur trajet. Au point d'arrivée de la perforante, il y a souvent ampoule sur la veine superficielle et ampoule sur la perforante elle-même » (Terrier et Alglave).

Une deuxième preuve est tirée de la situation des varices localisées. Ces sortes de varices ont trois lieux d'élection. Ce sont : 1° la partie moyenne de la jambe ; 2° le tiers inférieur de la cuisse ; 3° le triangle de Scarpa. Or l'anatomie nous montre que c'est dans ces trois régions que l'on trouve le plus grand nombre de perforantes, ainsi que les plus importantes.

En définitive, on peut dire que les varices sont la conséquence de deux facteurs, dont l'un très important : *le reflux superficiel et la poussée profonde*.

Le traitement chirurgical, nous pouvons le dire maintenant, est capable de guérir radicalement les varices. En effet, en extirpant les veines variqueuses, on extirpe en même temps une portion des collatérales et des perforantes. La suppression des perforantes et des veines où elles se déversent annihile la poussée profonde et le reflux superficiel. En même temps, ce traitement guérit les ulcères variqueux dont l'origine sanguine est évidente (on ne rattache plus en effet l'ulcère variqueux à des troubles névritiques analogues à ceux qui produisent le mal perforant plantaire).

Cependant cette opinion a été fort combattue et notamment par Verneuil, qui formula, en 1855, des lois qui ne sont autre chose que le procès du traitement chirurgical :

1° Toutes les fois que des varices superficielles existent, on observe en même temps des varices profondes dans la région correspondante.

2° La réciproque n'est pas vraie. Car on peut trouver la dilatation des veines inter et intra-musculaires sans que les vaisseaux superficiels soient atteints. Mais lorsque les premières sont seules

dilatées, il est presque certain que, dans un délai plus ou moins long, les dernières à leur tour s'amplifieront.

3° La phlébectasie ne porte donc pas primitivement sur les vaisseaux sous-cutanés, pas plus sur la saphène interne que sur tout autre. Elle prend au contraire naissance dans les veines profondes.

Cette opinion de Verneuil arrivant peu de temps après les insuccès chirurgicaux de Rima, fit tomber le traitement chirurgical dans un profond discrédit. Mais avec l'ère antiseptique, les succès opératoires se multiplient et on commence à douter de la véracité de cette opinion. Peu à peu on arrive à démontrer que la présence de varices profondes n'est pas une contre-indication à l'opération.

En effet, il est prouvé actuellement, de par la pathogénie des varices, que la phlébectasie ne débute pas par les veines profondes. Ce sont toujours les veines superficielles et en particulier les branches d'origine de la saphène interne qui sont les premières atteintes. Nous avons longuement exposé cette idée en parlant de la poussée sanguine profonde. D'ailleurs les veines profondes étant sous-aponévrotiques, inter ou intra-musculaires, ont leurs parois fortement soutenues par ces muscles ou ces aponévroses. Par conséquent la distension qu'exerce le poids de la colonne sanguine agira plus efficacement sur les veines superficielles, qui ne sont pas soutenues, que sur les veines profondes, sans cesse comprimées par les contractions musculaires.

C'est ce que la clinique nous montre chaque jour. La coexistence de varices profondes et superficielles constitue la minorité des cas (Hughes). Chez les variqueux, c'est le système superficiel qui le plus souvent est seul atteint.

Les varices profondes paraissent donc être produites par un processus d'extension d'une maladie atteignant les veines superficielles. Cette gêne dans le retour du sang par le système superficiel provoque une stase sanguine dans le membre inférieur et les veines profondes, qui doivent, elles seules, ramener le sang vers le cœur, se laissent peu à peu dilater par suite de ce surcroît de travail.

Si donc, par une opération, on supprime cette gêne circulatoire superficielle, le système profond se trouve soulagé et, grâce à ses moyens anatomiques de contention, il reprend peu à peu son calibre normal.

Mais il est évident que si l'on est en présence d'un cas ancien, dans lequel les veines profondes sont déjà très altérées, la guérison sera moins complète.

Une autre objection, faite contre la cure sanglante des varices, est la suivante : l'opération est forcément incomplète, puisqu'elle s'adresse à la manifestation locale d'un état général et seulement à une partie de ces lésions locales. L'affection générale n'étant en rien influencée, peut continuer son évolution et amener plus tard la récurrence, ce qui nécessitera d'autres interventions ultérieures.

Follin dit à ce sujet : « A part les varices ayant pour origine des causes mécaniques (tumeurs par exemple), comprimant des veines importantes, varices que l'on peut guérir en supprimant la cause initiale, nous devons, dans les autres cas qui ont une origine générale, nous attendre à ne produire qu'une amélioration, *une cure palliative prolongée* ».

Pour Tillaux, le traitement chirurgical ne peut guérir les varices parce que « même si vous arrivez à enlever, nous dit-il, *toutes* les veines variqueuses, ce qui est impraticable, de nouvelles varices ne tarderaient pas à se développer sous la même influence diathésique que les premières. Donc, les opérations que l'on a proposées ne doivent pas être dirigées contre les varices mais contre les accidents qu'elles déterminent.

Nier l'influence de la diathèse sur la production des varices serait faire preuve de mauvaise foi. En effet, la poussée profonde, qui est la cause efficiente des varices, existe chez tout le monde; or, chez les uns elle produit des varices, chez les autres elle n'en produit pas. Par conséquent, il faut admettre que le système veineux du variqueux est devenu, par suite de la diathèse arthritique, plus apte à se laisser distendre.

Devons-nous, dès lors, renoncer au traitement chirurgical, puisque ce traitement est impuissant à guérir la maladie générale? Nous ne le croyons pas pour les raisons suivantes :

L'influence diathésique est un fait évident, indiscutable, mais il ne faudrait pas lui faire jouer un rôle trop important. Son rôle est tout à fait accessoire et la meilleure preuve c'est que, si tous les variqueux sont des arthritiques, tous les arthritiques ne sont pas variqueux.

De plus, à la suite de l'opération et de la ligature des perforantes, la poussée profonde est supprimée et, comme conséquence, le réseau veineux qui va se former pour suppléer à celui qui a été enlevé, a peu de chances, n'étant plus soumis à l'influence prépondérante de la poussée profonde, de devenir malade. Les veines nouvelles sont saines au même titre que celles d'un arthritique non variqueux.

Enfin l'expérience nous montre que les résultats opératoires sont durables, malgré la tare diathésique dont est porteur l'individu. L'opération, en outre, bien que n'agissant directement que sur un nombre restreint de veines variqueuses, agit indirectement sur les autres varices.

« L'anatomie pathologique, nous dit Rémy, donne au chirurgien l'espérance de produire des améliorations à distance. Il ne se trouve pas dans la nécessité absolue de détruire toute l'étendue du mal, car il est permis d'espérer que des veines dilatées, encore à la période de l'hypertrophie compensatrice, reprendront leur état naturel; que des veines présentant de la périphlébite pourront se guérir quand le choc rétrograde du sang sera supprimé, et d'autre part, en supprimant une veine malade on anémie les capillaires qu'elle émet au loin, et l'on peut arrêter la sclérose et les troubles de nutrition ».

Aucune des objections que nous avons signalées n'infirmes rien la légitimité du traitement chirurgical qui est le seul traitement curatif. C'est donc lui qui doit occuper la première place dans la thérapeutique des varices.

Il ne nous reste plus qu'un seul côté de la question à envisager : les varices étant, en somme, une maladie le plus souvent bien peu gênante, doit-on faire courir au malade les risques inhérents à une intervention chirurgicale; autrement dit, les avantages incontestables de la cure sanglante contrebalancent-ils ses inconvénients ?

Les inconvénients sont de deux sortes : 1^o l'opération ; 2^o la suppression de la circulation veineuse superficielle dans l'**extirpation totale des saphènes**.

L'opération des varices est peu dangereuse, c'est tout simplement une plaie de la peau, or ce genre de plaies est très bénin. L'antisepsie nous met à l'abri des infections et on peut dire que l'acte opératoire en lui même est tout-à-fait anodin. Mais il faut songer aux dangers de la chloroformisation ; c'est évidemment là que siège la seule gravité. Heureusement les accidents chloroformiques sérieux sont très rares, et si l'on oppose à ces accidents tous ceux que peuvent entraîner les varices (phlébite, ruptures, etc....), sans parler de leurs inconvénients (impotence, douleurs, ulcères etc....), on conviendra facilement qu'il **vaut la peine de se soumettre à une opération**.

On s'est demandé si la suppression de la circulation veineuse superficielle d'un membre était exempte de tout inconvénient. Comme on le sait, les veines superficielles, outre leur rôle de recueillir le sang dans leurs territoires propres, ont fonction de recevoir le trop plein des veines profondes. Peut-on impunément les supprimer sans produire des accidents de gêne circulatoire ?

Terrier et Alglave répondent que cette suppression n'est point dangereuse et ils s'appuient sur deux preuves : l'une clinique, l'autre anatomique.

Chez tous leurs malades opérés de varices (extirpation totale), ils n'ont jamais remarqué de stase sanguine ni d'œdème ; bien au contraire, tous les phénomènes produits par la circulation sanguine défectueuse disparaissaient après l'opération.

A l'autopsie de gens opérés par eux depuis longtemps, ils ont trouvé un réseau veineux néoformé remplaçant l'ancien, réseau dont les veines étaient saines.

Ils ont donc pu conclure que : « La résection totale des troncs saphéniens n'entraîne pas dans le membre de gêne circulatoire appréciable dans les temps qui suivent l'opération ; et pour l'avenir les veines malades enlevées seront remplacées par d'autres néoformées et de bonne apparence ».

CHAPITRE II

Des indications et des contre-indications du traitement chirurgical.

Est-on autorisé, du fait que le traitement chirurgical est le seul curatif, à traiter toutes les varices par une intervention opératoire?

Nous envisagerons cette question en nous plaçant à trois points de vue différents : 1° l'état social du malade ; 2° les phénomènes accompagnant habituellement les varices ; 3° leurs complications.

Pour juger de l'opportunité de la cure sanglante des varices, on doit considérer en première ligne l'état social du variqueux. C'est peut-être là le point le plus important.

En effet, les varices ayant une marche sans cesse envahissante et ne pouvant être guéries par les moyens médicaux, on ne peut les améliorer par ces moyens que grâce à une hygiène sévère. Le riche pourra sans inconvénients s'y soumettre ; le pauvre ne le pourra pas.

Les gens de la classe aisée peuvent facilement éviter les grandes fatigues, les stations debout prolongées. Dans ces conditions, grâce au port d'un bas élastique et le repos aidant, leurs varices peuvent s'améliorer et la gêne qu'elles produisent disparaître. Ils peuvent renouveler aussi souvent qu'il est nécessaire leurs bas élastiques et avoir toujours ainsi leurs varices parfaitement soutenues. Donc, quel que soit le degré de développement ou le volume de leurs veines malades, la cure radicale ne s'impose pas chez eux.

Si des complications se produisent, le traitement chirurgical n'est pas davantage indiqué. Par les moyens habituels, les complications peuvent être temporairement guéries et, si le malade prend du repos, elles peuvent être conjurées pour longtemps.

Ils ne guériront jamais de leurs varices et en seront quittes pour garder toute leur vie une infirmité qui ne les gênera pas beaucoup.

Mais la situation change si nous considérons la classe pauvre, la classe ouvrière. L'ouvrier ne peut pas vivre sans rien faire et le plus souvent les travaux qu'il fait sont pénibles. Par conséquent, ses varices ne feront que s'accroître. Tôt ou tard, elles entraîneront une impotence fonctionnelle qui empêchera tout travail et réduira l'ouvrier à la misère. Les complications surgiront, plus fréquentes et plus graves que chez le riche et il ne pourra se soigner que s'il se met au repos absolu, ce qui est impossible. S'il se guérit, la reprise du travail le fera retomber dans le même mal, sans jamais pouvoir obtenir une guérison durable. On ne peut concevoir une telle existence pour un ouvrier qui a besoin de gagner son pain. L'opération est dans ces cas tout à fait indiquée.

En définitive, nous sommes entièrement de l'avis de Robin, qui dit qu'on ne devra pas avoir recours à l'opération « chez les gens dans une position aisée, atteints de varices peu gênantes et pouvant par les moyens habituels en atténuer les inconvénients et en éviter les complications ». Mais il sera de notre devoir d'avertir le malade qu'il ne pourra, par ces moyens, obtenir une guérison complète. Au variqueux pauvre, il sera, au contraire, de notre devoir de conseiller fermement le traitement chirurgical. La méthode sanglante est en quelque sorte une opération de « luxe » chez le riche; elle est, chez le pauvre, une véritable opération de *nécessité*.

D'après ce que nous venons de dire, il est bien entendu que, dans tout ce que nous exposerons ultérieurement, nous viserons plus particulièrement la classe pauvre de la société.

Les indications ou contre indications opératoires tirées de l'état des varices et des phénomènes qui les accompagnent

étaient, il y a encore quelques années, des plus simples. Quénu, en 1889, dans un traité classique de chirurgie, concluait que les seules indications de l'opération étaient : les douleurs tenaces et les hémorrhagies. Dans tous les autres cas, l'opération était contre-indiquée. De nos jours, il est difficile de conclure d'une façon aussi schématique et Quénu lui-même avoue que les indications opératoires se font de plus en plus nombreuses. Nous allons donc les étudier dans chacune des formes cliniques des varices et pour chacun de leurs symptômes.

Les *dilatations variqueuses légères* ne nécessitent pas absolument une intervention chirurgicale. Le plus souvent, elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux et par cela même sont peu gênantes. Elles n'entravent aucunement le malade dans ses travaux ou dans ses occupations. Mais il faut se rappeler que ces varices grossiront fatalement et deviendront alors une source de désagréments pour celui qui en est porteur. Par conséquent, les varices légères ne sont pas une indication au traitement chirurgical immédiat, mais elles nécessiteront ce traitement à plus ou moins longue échéance.

Les *varices volumineuses*, mais *localisées*, sont, dans la majorité des cas, tout à fait indolentes. Elles peuvent être constituées par des veines variqueuses isolées ou agglomérées. Dans ce dernier cas, qui est le plus fréquent, on a ce qu'on appelle un *paquet variqueux*. Le paquet variqueux peu volumineux ne gêne pas le malade, mais, s'il se développe, il donne naissance à de la douleur et de l'œdème. Il peut cependant ne provoquer aucun trouble fonctionnel, mais il expose le malade à toutes les complications des varices, au même titre que les grosses dilatations variqueuses généralisées. Il est donc utile d'opérer les paquets variqueux. Déjà, en 1890, Archambeaud avait constaté que « dans les cas de varices très développées, sans complications, le traitement chirurgical est d'autant plus efficace que les varices tendent à se localiser ». Cela est vrai et c'est dans ces cas que l'opération est souvent la plus facile et donne les meilleurs résultats, puisque on peut enlever la totalité du mal.

Les dilatations ampullaires peuvent siéger soit sur des troncs

veineux isolés, soit sur des paquets variqueux. Elles indiquent que l'affection est arrivée à un stade de développement important. Ces dilatations ont un volume très variable, selon le cas. Chaque ampoule distend la peau qui la recouvre, et celle-ci s'amincit dans des proportions parfois considérables. Dès lors, on comprend facilement que, sous l'influence d'une cause très légère, il se produise une rupture des téguments et de la veine, **rupture qui entraîne une hémorrhagie importante.**

La paroi de l'ampoule est une paroi veineuse, profondément modifiée. Elle est très amincie et a perdu tous ses éléments assurant sa solidité. Il est dès lors impossible qu'une telle paroi puisse se régénérer sous l'influence d'un traitement médical. Vouloir se contenter d'appliquer ce traitement serait s'exposer à des mécomptes d'autant plus sérieux que c'est dans les dilatations ampullaires que se produit le plus souvent la rupture de la veine, **complication parfois dangereuse.**

Il faut donc opérer les dilatations ampullaires, et principalement, comme le dit Guibal : 1^o quand la dilatation kystique s'accroît; 2^o quand elle provoque des troubles sérieux; 3^o quand elle se complique de phlébite.

Les varices à reflux cardiaque constituent une des formes cliniques les plus sérieuses. Dans ce genre de varices, nous voyons le tronc de la saphène interne très dilaté, souvent flexueux et présentant des dilatations ampullaires. L'insuffisance des valves saphéniennes est constante, de telle sorte que les varices communiquent directement avec le cœur droit.

Depuis très longtemps, les auteurs avaient pressenti ce reflux sanguin dans la saphène interne, puisqu'ils avaient constaté que les varices disparaissaient lorsque le membre inférieur était horizontal ou élevé, et qu'elles apparaissaient plus volumineuses dans la station debout. Mais il faut arriver jusqu'à 1834 pour avoir une preuve évidente de cette circulation veineuse anormale. A cette époque, Rima montra qu'en liant le tronc de la saphène interne les varices sous-jacentes s'affaissaient, et que si on excisait sur le vivant une portion de veine variqueuse le sang jaillissait par le bout supérieur de la veine, comme s'il s'agissait d'une artère.

Dans ce genre de varices, le reflux superficiel prend une place prépondérante. Le malade ne peut ni se tenir debout, ni marcher, ni faire un effort même minime sans provoquer le reflux sanguin. Par conséquent, à tout moment, ses varices supporteront une pression considérable et, comme nous le disions dans le chapitre précédent, elles s'aggraveront avec une très grande rapidité. Cette aggravation va entraîner une impotence fonctionnelle marquée et toute une série de complications désastreuses. Nous devons opérer au plus vite et détruire la saphène interne, cette *nourrice des varices* comme l'appelait si justement Riolan.

Mais comment reconnaître que les varices de tel individu sont des varices à reflux cardiaque?

Trendelenburg, en 1890, dans un très intéressant mémoire, nous donne un moyen très simple. Si on élève le membre inférieur variqueux, les varices se vident. Puis, pendant que l'on maintient le membre dans la même position, si on redresse le tronc du malade, le sang vient remplir la saphène *de haut en bas*. En somme, les veines abdominales et thoraciques d'une part et les veines du membre inférieur d'autre part jouent, vis-à-vis les unes des autres, le rôle de deux vases communicants : le sang remplira ces vases de diverses façons, en suivant les lois physiques, d'après les pressions intérieures de ces vases.

Toutes les fois que nous observerons le signe de Trendelenburg dans la dilatation du tronc de la saphène interne, ce sera pour nous une indication que « l'envahissement du mal a atteint ses dernières limites, que les varices communiquent avec le cœur et qu'il est urgent de rétablir une barrière entre le cœur et le membre variqueux » (Rémy).

L'opération est-elle indiquée ou contre-indiquée dans les cas de *varices profondes*?

Il faut considérer deux cas : 1° il n'existe que des varices profondes; 2° les varices profondes coexistent avec des varices superficielles.

S'il n'y a que des varices profondes, nous ne devons pas opérer. Il est en effet impossible d'extirper toutes les varices pro-

fondes et le traumatisme opératoire serait trop considérable par rapport aux résultats qu'il donnerait. D'ailleurs l'existence de varices profondes seules est un fait rare et ces varices, non accompagnées de dilatations veineuses superficielles, ne sont pas ou sont très peu gênantes.

La coexistence de varices superficielles et profondes n'est pas une contre-indication au traitement chirurgical. Nous avons insisté sur ce fait précédemment à propos des objections de Verneuil, nous n'y reviendrons pas. Il est à remarquer toutefois que, dans ces cas, l'opération qui porte principalement sur le système veineux superficiel permet d'agir sur le système veineux profond. Les varices profondes, lorsqu'elles sont volumineuses, font assez souvent hernie à travers les éraillures aponévrotiques et on peut les réséquer comme le fait Moreschi. On peut également, selon la méthode de Rémy, les saisir simplement et cela seul suffit, d'après cet auteur, pour soulager les malades.

Quoi qu'il en soit, cette question des varices profondes ne doit pas nous préoccuper outre mesure, car, ainsi que nous l'avons montré, leur coexistence avec les varices superficielles constitue la minorité des cas. En agissant sur le système veineux superficiel nous soulagerons le système veineux profond et nous tirons notre indication opératoire de l'état des varices superficielles.

Dans la *cyanose variqueuse* le membre est recouvert d'un fin réseau à mailles très serrées de petites veines, qui lui donnent un aspect général bleuâtre. Cet état est grave, car la généralisation variqueuse a atteint les dernières bornes de son développement.

Cette dilatation de tous les capillaires veineux provoque des troubles trophiques importants de la peau. Le pronostic en est grave et un traitement s'impose. Malheureusement le traitement chirurgical ne donne pas des résultats aussi bons que dans les autres cas.

Il faudrait, pour guérir le malade, pouvoir détruire toutes ces petites veines, ce qui est impossible. On peut en détruire une

grande partie à l'aide d'incisions multiples. Mais comment tenter cette intervention dans une peau très malade qui se réunira mal et laissera, par la suite, des plaies multiples infectées, sans grande tendance à la guérison ? De plus, l'intervention deviendra très difficile à cause des hémorragies nombreuses qui vont se produire et de l'adhérence des veinules au tissu cellulaire environnant, qui est induré.

C'est pourquoi la plupart des chirurgiens ne veulent pas opérer les cas de ce genre, en raison des difficultés opératoires et des résultats peu satisfaisants que donnent de telles interventions forcément incomplètes.

Cependant nous croyons avec Rémy que le malade peut bénéficier d'une intervention dans certaines circonstances. Lorsque la cyanose variqueuse s'accompagne de varices des gros troncs veineux, l'ablation de ces troncs peut avoir une heureuse influence sur l'évolution des varices capillaires. Si elle ne guérit pas le malade, elle peut du moins le soulager à un point tel qu'il peut reprendre un travail pas trop pénible. Mais encore est-il prudent, lorsqu'on décide une telle opération, de s'assurer que la plaie chirurgicale se fera sur une peau saine, ou bien que l'on pourra faire, pour atteindre des téguments normaux, l'excision d'un grand lambeau cutané.

Dans la cyanose variqueuse, on ne peut donner de règles précises pour intervenir, cela dépendra de chacun des cas. Mais il faut se rappeler que ce sont là les cas les plus graves et dans lesquels nous aurons souvent des mécomptes.

Les symptômes des varices peuvent, indépendamment du volume et du type clinique de la dilatation variqueuse, constituer par eux-mêmes une indication urgente de l'intervention chirurgicale.

La *douleur* chez les variqueux est très variable dans ses manifestations et son intensité. Tantôt la douleur est continue ne s'apaisant presque pas la nuit, tantôt elle est intermittente et n'apparaît que pendant la fatigue ou la station debout. Cette douleur chez certains malades est légère, c'est une simple gêne, une sensation de pesanteur dans le membre. Mais cette gêne

devient véritablement douloureuse lorsque les malades ont beaucoup fatigué. Ils comparent cette douleur à celle que produirait un fort lien constricteur appliqué sur un doigt. Chez d'autres variqueux cette sensation de plénitude du système vasculaire est très pénible et s'accompagne de crampes et de fourmillements, principalement dans les mollets. Ces crampes sont parfois si fortes que le malade doit cesser son travail. D'autres ont des douleurs térébrantes, à type névralgique et sont réduits à une impotence fonctionnelle absolue.

Nous ne voulons pas rechercher quelle est la cause de ces douleurs et nous ne ferons que constater avec la majorité des chirurgiens que : la gêne dans le membre variqueux, la répétition des douleurs, l'impossibilité de marcher longtemps, la fatigue de la journée et les mauvaises nuits constituent un ensemble de souffrances et d'incommodités qui indiquent très nettement qu'il faut intervenir.

L'œdème du membre variqueux est à peu près constant. Tantôt c'est un œdème fugace, léger, ne se montrant que le soir après les fatigues du jour. D'autres fois, au contraire, c'est un œdème persistant, envahissant le pied et une hauteur plus ou moins grande du membre inférieur. Arrivé à ce point, l'œdème constitue une gêne considérable, empêchant le malade de marcher et de vaquer à ses occupations. Dans ces conditions il est utile, pour faire disparaître cette impotence fonctionnelle, d'opérer le malade.

Ces deux symptômes, douleur et œdème, lorsqu'ils acquièrent une grande importance, sont suffisants par eux-mêmes à poser une indication opératoire précise. Lorsqu'ils sont atténués, ce qui arrive assez fréquemment, l'indication de l'intervention est fonction de l'état des varices. Combien de malades ont des varices énormes, des paquets variqueux avec des dilatations ampullaires, sans présenter de douleurs ou d'œdème important ! Malgré l'absence de ces symptômes, il faut pourtant opérer ces malades afin d'éviter les complications.

Les *lésions cutanées* accompagnant les varices ne contre-indiquent pas la méthode sanglante. Bien au contraire, ces lésions

(eczémas variqueux, dermites, etc.) sont un indice que la maladie est déjà très avancée puisqu'elle produit des troubles trophiques. Plus on opérera vite, plus on aura de chances de voir rétrocéder les lésions cutanées. Mais l'opération vise moins la destruction de ces lésions que la disparition des varices elles-mêmes.

Etudions maintenant les indications opératoires dans les *complications* des varices.

L'*ulcère variqueux* est la complication la plus fréquente. Il est rare de voir un malade atteint de varices depuis une dizaine d'années n'ayant pas déjà eu un ou plusieurs ulcères. Les ulcérations variqueuses siègent de préférence sur la face interne du tiers inférieur de la jambe, à l'endroit où le tibia est immédiatement sous la peau. Ils peuvent aussi occuper diverses portions plus ou moins élevées de la face interne de la jambe. Toute cette catégorie d'ulcérations est sous la dépendance de la saphène interne. Lorsqu'ils siègent sur la face externe de la jambe ou sur sa face postérieure, ils dépendent au contraire du territoire de la saphène externe. Cependant il arrive assez souvent de trouver des ulcères externes sans varices de la saphène externe. Ces ulcères sont alors nourris par des veinules s'entrecroisant sur toute la partie antéro-externe de la jambe, veinules qui sont variqueuses et en connexion plus ou moins directe avec les rameaux de la veine saphène interne. Nous avons remarqué que ces ulcérations étaient plus lentes à guérir que celles de la face interne du tibia, lorsqu'on a fait l'extirpation totale ou étendue de la saphène interne. En effet, par cette opération on n'agit sur eux qu'indirectement puisqu'on laisse subsister les petites veines disséminées qui les alimentent. Ce n'est que grâce à l'atrophie progressive de ces veines, dont l'embouchure dans la saphène est liée, que ces ulcères disparaissent. Dans ces cas, il est bon de compléter son opération par l'incision circulaire jambière ou sus-malléolaire de Moreschi, incision qui permet d'attaquer plus directement le réseau veineux en question.

Sur un de nos malades qui avait un ulcère antéro-externe et à qui nous n'avons fait qu'une extirpation de la saphène interne

(il n'y avait pas de dilatation variqueuse de la saphène externe), l'ulcère mit longtemps à guérir. Sur d'autres, au contraire, ayant un ulcère semblable, nous avons fait, en plus de l'extirpation de la saphène interne, une incision circulaire et l'ulcération a guéri avec une très grande rapidité.

L'ulcère variqueux est la complication des varices qui guérit le mieux par les moyens médicaux. On a observé des guérisons parfois surprenantes, mais hélas! de bien courte durée. Nous avons déjà dit avec quelle facilité récidivaient les ulcères guéris de cette façon; et cela se comprend puisque les veines qui alimentent ces ulcères demeurent intactes et à la première occasion, marche, fatigue, choc, etc..., elles reproduisent un nouvel ulcère. Cette complication est très gênante pour le malade qu'elle réduit à une impotence fonctionnelle plus ou moins grande, par les phénomènes qu'elle produit et par l'obligation dans laquelle elle met le patient de se soumettre à des traitements très longs et souvent répétés qui ne lui donneront jamais une guérison durable. De plus, l'ulcère est un danger pour celui qui en est porteur, car outre les hémorrhagies dont il peut être le siège, il est une porte ouverte à l'infection et à tous les accidents graves qui en dépendent. Si le malade ne se soigne pas et continue à travailler, l'ulcération s'étend de plus en plus et une amputation du membre devient parfois nécessaire.

Pour ces raisons : impossibilité de guérison par les moyens médicaux, récurrences fréquentes, impotence fonctionnelle, hémorrhagies, infection, extension de l'ulcère, grosses varices coexistantes, nous sommes amené à conclure qu'un traitement chirurgical s'impose.

L'opération supprime la cause de l'ulcère et le guérit en mettant le malade à l'abri des récurrences. Il faut remarquer la rapidité avec laquelle guérissent les ulcères variqueux par le traitement chirurgical. Tous les opérateurs ont remarqué ce fait et nous-même nous avons pu constater que, chez tous nos opérés, les ulcères guérissaient en dix ou quinze jours. Chez deux de nos malades porteurs d'ulcères : l'un grand comme une pièce de cinq francs et ayant résisté à tous les traitements depuis deux

ans; l'autre mesurant trois centimètres de large sur quatre centimètres de haut et datant d'un mois, la guérison fut définitive du troisième au quatrième jour après l'opération (Obs. I et X). Outre cette rapidité de guérison, le traitement chirurgical a encore l'avantage de guérir des ulcères très anciens, rebelles à tous les autres traitements et auxquels les chirurgiens, autrefois, ne pouvaient opposer que l'amputation. L'existence d'un ulcère est donc une indication urgente du traitement chirurgical.

Cependant la présence de l'ulcère semblerait devoir être une contre-indication. Aujourd'hui on ne conçoit une intervention chirurgicale que si l'on observe l'asepsie la plus stricte. Or, sur la surface de l'ulcère variqueux pullulent en quantité innombrable diverses espèces microbiennes; c'est un véritable foyer d'infection et nous devons, pour faire une opération complète conduire notre incision cutanée jusque sur les bords de la plaie variqueuse. Ce seul fait semble devoir écarter toute tentative opératoire.

Si l'on se place à ce point de vue, il est nécessaire de considérer deux sortes d'ulcérations : 1° Les ulcères superficiels et peu étendus ; 2° les ulcères profonds et étendus.

Les premiers sont, en général, des ulcères jeunes susceptibles d'être traités efficacement par les moyens habituels. Il vaudra mieux alors attendre leur guérison et opérer ensuite. On se met ainsi à l'abri de l'infection. Cette catégorie d'ulcères constitue une contre-indication relative à l'opération. Ils devront être opérés mais seulement après leur cicatrisation.

Les vieux ulcères profonds étendus doivent être opérés tout de suite. On ne peut compter sur leur guérison par les pansements et la méthode chirurgicale est absolument indiquée. On devra alors prendre beaucoup de précautions pour éviter l'infection de la plaie opératoire. Il sera bon, dans les jours qui précéderont l'opération, de savonner et de brosser l'ulcère et de le recouvrir ensuite d'un pansement humide à l'eau oxygénée. Avant l'opération on peut passer le thermocautère sur sa surface et le recouvrir ensuite d'un pansement aseptique. Enfin on devra arrêter l'incision à quelques centimètres au-dessus de

lui et enlever la dernière portion de la veine en faisant une dissection sous-cutanée. Malgré toutes ces précautions, il arrive souvent que la partie inférieure de l'incision suppure. Mais ce n'est là qu'une complication peu importante car, aujourd'hui, avec les moyens dont nous disposons, nous nous rendons rapidement maîtres de l'infection et le malade en est quitte pour quelques jours de plus au lit.

Les ulcères variqueux très étendus, ceux qui ont fait le tour de la jambe et étranglent le membre par la partie indurée qui les supporte, sont pour presque tous les auteurs une contre-indication opératoire absolue. A notre avis, nous pensons que dans bien des cas on doit essayer la cure sanglante des varices. En effet ces ulcères nécessitent l'amputation du membre ; il nous semble qu'avant de recourir à ce moyen on doit tenter l'extirpation des saphènes. Si elle réussit, ce sera un beau succès ; si elle ne réussit pas, on aura toujours le temps d'amputer.

La *rupture variqueuse* est une complication fréquente. Rémy l'a constatée dans un tiers des cas des variqueux. Cette rupture externe provoque une hémorrhagie très abondante et quelquefois mortelle. Les cas de mort sont fort heureusement rares, mais ils existent. Rémy en a constaté un chez une de ses malades et il en rapporte quelques autres cas et en particulier celui de Polaillon. L'hémorrhagie se produit sous l'influence de causes insignifiantes (choc léger, marche, effort) ou même spontanément. La plupart des malades ne s'en aperçoivent que lorsqu'ils voient leurs chaussures inondées de sang (Obs. III). Un de nos malades (Obs. I) ne s'en aperçut qu'en voyant une traînée sanglante se produire là où il passait. La fréquence, la production spontanée des ruptures variqueuses et l'absence de phénomènes éveillant l'attention du malade rendent cette complication très redoutable. Qu'elle survienne pendant le sommeil, chez un individu en état d'ébriété ou loin de tout secours, elle peut entraîner la mort.

C'est donc là une indication absolue du traitement chirurgical. Mais on ne doit pas attendre son apparition pour intervenir, et il faut opérer toutes les varices dont les dilatations ampullaires

ne sont recouvertes que par une peau extrêmement mince et menaçant à tout instant de se rompre.

La *phlébite variqueuse* est une complication très dangereuse à cause des embolies mortelles qui peuvent survenir.

Le traitement médical par l'immobilisation guérit la phlébite, mais il présente des inconvénients. Il est très long; *il ne prévient pas les embolies*; il n'empêche pas les récidives qui sont très fréquentes.

Le traitement chirurgical n'a pas ces inconvénients, et, dans les cas de phlébite variqueuse, il trouve une indication urgente en raison des dangers que court le malade (embolie, suppuration circonscrite ou diffuse, pyohémie par embolie septique, pied-bot phlébitique de Verneuil, récidives multiples).

Nous ne pouvons mieux faire que de citer à ce sujet les conclusions sur les avantages du traitement chirurgical que Guéri-teau formula à la fin de son travail sur la phlébite variqueuse.

1° Grâce à l'observation des règles de l'antisepsie, ce traitement est d'une très grande facilité; il est à la portée de tout chirurgien et ne fait pas courir plus de risques au malade que le traitement ordinaire;

2° Il supprime les menaces d'embolie qui, dans le traitement ordinaire, sont toujours suspendues sur la tête du malade, car, en détruisant la cause, il empêche du même coup l'effet;

3° Il amène la guérison d'une manière très rapide. Au bout de trois semaines, le malade guéri peut commencer à vaquer à ses occupations et il évite ainsi les ennuis du traitement ordinaire qui l'oblige au repos pendant des semaines et même des mois, parfois une année;

4° En même temps qu'il enlève la phlébite, il en supprime la cause par l'ablation de la presque totalité des varices et la compression cutanée très énergique produite par la confection du bas élastique naturel s'oppose à leur reproduction; il prévient donc aussi les récidives de phlébite si fréquentes chez les variqueux.

Mais dire que la phlébite variqueuse doit toujours être opérée est une conclusion un peu trop générale. Il s'agit de savoir si le

traitement chirurgical convient à toutes les formes cliniques de la phlébite. Nous grouperons ces formes sous deux types : 1° phlébite à marche très aiguë s'accompagnant de phénomènes inflammatoires locaux et de périphlébite ; 2° phlébite à évolution moins aiguë sans périphlébite ni inflammation.

Dans le premier cas, il est prudent de ne pas opérer immédiatement. L'opération se ferait dans de mauvaises conditions au milieu de ces tissus enflammés et les suites opératoires comporteraient quelque danger. Il vaut mieux attendre la résolution du processus inflammatoire en maintenant le membre dans une gouttière ouatée. Mais cette attente n'est pas exempte de dangers ; une embolie peut se produire. Aussi l'attitude du chirurgien doit être l'expectative armée. Il jugera, d'après les cas, s'il peut temporiser sans crainte ou s'il doit opérer tout de suite ; il doit être toujours prêt à intervenir à la moindre menace. Au besoin, le chirurgien est autorisé à pratiquer au-dessus des veines malades une ligature soit à ciel ouvert, soit sous-cutanée ou per-cutanée, ligature qui, en mettant le malade à l'abri des embolies, permettra d'attendre sans aucune crainte. Lorsque les phénomènes aigus seront passés, on devra pratiquer l'extirpation des veines phlébitiques.

Dans le second cas, on n'a aucune raison de temporiser, puisque l'opération doit se faire dans de bonnes conditions. Attendre serait une faute grave ; on exposerait la vie du malade sans aucun profit. Schwartz, Terrier, Becker pensent qu'il ne faut pas essayer le traitement médical qui est dangereux ; il faut se hâter d'opérer pour séparer le paquet veineux du tronc de la saphène avant que le processus de thrombose l'ait atteint.

En somme, la phlébite variqueuse, sous quelque forme qu'elle se présente, est une indication absolue du traitement chirurgical ; mais il faudra savoir, selon les cas, patienter un peu ou opérer de suite.

La *sciatique variqueuse* est une complication moins fréquente que les précédentes. On constate chez certains variqueux des douleurs présentant tous les signes de la sciatique vulgaire, mais l'étiologie de ces douleurs est obscure et de plus elles se

montrent rebelles à tous les traitements ordinaires. Il faut rechercher la cause de ces douleurs dans les varices atteignant les veines qui entourent ou pénètrent le sciatique. Ces varices ne sont pas très souvent apparentes sous la peau, il faut presque les deviner; cependant, dans certains cas, elles forment, principalement dans le voisinage de l'échancrure sciatique, de véritables saillies ampullaires.

Quénu, qui a bien étudié cette question de la sciatique variqueuse, nous donne une idée très exacte de sa pathogénie. Les douleurs sont dues soit à la compression du sciatique par les veines variqueuses, soit à l'irritation de ce nerf par la phlébite atteignant ces veines. Par conséquent, on conçoit qu'on n'a rien à attendre du traitement médical impuissant à faire disparaître les varices, c'est-à-dire la cause unique de l'affection. Aussi « dans les cas francs il ne faut pas faire de révulsion, mais découvrir le nerf sciatique et exciser les veines variqueuses » (Quénu).

S'il existe des veines variqueuses entre les faisceaux du nerf, on doit suivre la méthode qu'inaugura, en 1893, Delagenière : faire la dissociation fasciculaire du sciatique, dissociation qui permettra d'atteindre et d'extirper les veines profondes.

Nous avons vu que jusqu'ici les varices, compliquées ou non, offraient peu de contre-indications au traitement chirurgical. Le plus grand nombre des contre-indications sont fournies par *l'état général du sujet*.

Les varices pendant la grossesse doivent être respectées, car elles disparaissent après l'accouchement.

La vieillesse n'est pas, par elle-même, une contre-indication à l'opération. On a opéré des gens très âgés, et les résultats ont été très bons. Il faut considérer non pas l'âge de l'individu, mais plutôt l'état de ses organes. L'épuisement, la déchéance organique doivent faire repousser l'intervention.

L'arthritisme n'est pas une contre-indication, puisque tous les variqueux sont arthritiques.

Enfin, on doit s'abstenir d'opérer les individus atteints de maladies de cœur, tuberculeux avancés, brightiques, obésité

CHAPITRE III

Choix du procédé opératoire.

Maintenant que nous avons démontré que la cure radicale des varices ne peut s'obtenir que par un traitement chirurgical, et que ce traitement est applicable à la majorité des cas, il faut voir si nous pouvons employer indistinctement tel ou tel des procédés opératoires qui ont été proposés. N'y a-t-il pas un procédé qui convienne mieux à une catégorie de varices? Nous donnent-ils tous les résultats durables que nous attendons d'eux?

Nous allons passer en revue divers procédés opératoires, les examiner et les critiquer pour tâcher d'arriver à établir un procédé de choix.

Nous passerons rapidement sur un certain nombre de traitements chirurgicaux qui ne s'adressent qu'à une partie de la lésion. Les uns ont pour but la guérison de l'ulcère; les autres recherchent la destruction d'une varice isolée, etc... Or nous savons que la guérison du malade ne peut être obtenue que si les varices sont supprimées en totalité. Par conséquent, nous n'accorderons qu'une valeur tout à fait minime à ces traitements, dont nous devons cependant dire quelques mots, à titre de souvenir de l'évolution de la chirurgie des varices.

Un des plus anciennement employés est la *cautérisation*. Elle peut se faire soit au fer rouge, soit avec les caustiques (Bérard, Brodie, Valette, Bonnet). Cette méthode, outre son peu d'efficacité, est dangereuse, car on ne peut pas régler l'action des caustiques et on s'expose à produire de larges pertes de substance ou des eschares dont la guérison sera interminable.

Les *injections péri-veineuses* de liquides irritants ont pour but de provoquer de la périphlébite, qui enserre la veine dans une gaine de tissu cicatriciel fibreux et s'oppose à sa dilatation. Ces injections provoquent en outre de l'endophlébite et par conséquent de l'oblitération de la veine par thrombose. Ce procédé est bien incertain; aussi on essaya d'agir directement sur l'endoveine en pratiquant des *injections intra-veineuses*. Ces injections furent faites avec des liquides divers : le perchlorure de fer (Valette), l'alcool (Broca, M. Sée), le liquide iodo-tannique (Socquet, Pétrequin, Desgranges), l'ergotine (Guyon, Vidal et Ferrand), etc., etc.... Elles donnent des résultats peu sûrs et sont en outre dangereuses. On ne sait pas jusqu'où s'étendra le processus de phlébite que l'on crée et, quoi qu'en dise Ellinger, la présence d'un caillot dans la veine met le malade à la merci d'une embolie mortelle.

Le procédé de *dénudation* de Rigaud consiste dans l'extériorisation d'un segment de veine qu'on laisse se gangrener à l'air libre. Nous n'insisterons pas sur la valeur de ce procédé, qui, à l'époque où nous sommes, nous paraît bien peu chirurgical. Il peut donner lieu à des accidents que l'on évite fort bien avec les procédés opératoires actuels.

En 1862, Dolbeau inaugure un nouveau traitement chirurgical des ulcères variqueux : l'*incision circonférentielle*. On fait une incision des téguments tout autour de l'ulcère, de sorte que celui-ci est complètement isolé. Nusbaum (de Munich) adopte la méthode de Dolbeau. D'autres opérateurs emploient ce procédé, mais en y faisant quelques légères modifications. Faure circonscrit l'ulcère par deux incisions semi-lunaires, au lieu de le circonscrire par une seule incision circulaire. Hodgen fait, autour de l'ulcération, plusieurs incisions courbes imbriquées, de telle sorte que l'aspect du champ opératoire rappelle très exactement les figures de botanique représentant le diagramme d'une fleur. Quoi qu'il en soit, grâce à l'incision circonférentielle de Dolbeau ou aux incisions de Faure et de Hodgen, l'ulcère est séparé des veines variqueuses qui l'alimentent. Ces veines sont liées et réséquées dans le fond de la plaie opératoire. Dans ces

conditions, la guérison de l'ulcération variqueuse s'effectue rapidement.

Mais ce procédé est passible de nombreuses critiques. Créer tout autour d'une plaie rebelle, sur des tissus à vitalité amoindrie, une nouvelle plaie encore plus étendue que la première, sous prétexte de la guérir, cela peut sembler tout au moins paradoxal.

Cette opération sanglante est douloureuse et expose le malade à la phlébite.

Berger (*France médicale*, 1875) répond à cette objection : « Je n'ai jamais observé de phlébites à la suite des incisions circonférentielles. Ne sait-on point d'ailleurs combien est peu dangereuse la section des veines variqueuses? De plus, l'opération est très peu douloureuse, car la peau qui entoure les ulcères variqueux présente d'ordinaire une sorte d'assoupissement de la sensibilité ». Mais si Berger n'a jamais observé de phlébite, cela ne prouve pas que l'incision circonférentielle met à l'abri de cette complication, qui d'ailleurs a été observée par quelques auteurs.

En employant ce procédé, on est obligé d'opérer dans un milieu infecté et le malade est exposé à toutes les complications infectieuses des plaies. Rémy, dit avoir employé l'incision circonférentielle dans un cas d'ulcère rebelle, mais des accidents infectieux sérieux se produisirent et il dut renoncer à l'employer de nouveau.

Enfin, le plus grand reproche que l'on puisse faire à cette méthode, c'est qu'elle ne guérit qu'une complication des varices sans s'attaquer à l'affection première. Par conséquent les veines variqueuses qui subsistent peuvent donner naissance à chaque instant à de nouveaux ulcères qui nécessiteront de nouveaux traitements. Le malade ne peut donc bénéficier d'une telle opération et, par cela même, nous devons la rejeter.

Les *scarifications de Vidal* ont encore moins de raison d'être que l'incision circonférentielle. Avant Vidal, ce procédé avait été employé par Galien, Ambroise Paré, qui coupait les bords des ulcères calleux. Mais les résultats ne furent pas heureux.

Benj-Bell (d'Edimbourg), Lallemand, n'ont compté que des insuccès. Enfin Chaussat, dans un travail qu'il fit sur ce traitement, conclut qu'il ne donne aucun résultat durable.

Quelques auteurs, admettant la pathogénie névritique des ulcères variqueux, tentèrent de les traiter en agissant sur les nerfs. Chipault (1894), Bardescot (de Bucarest), Gérard-Marchand, Paul Delbet, font l'*élongation des nerfs* se rendant dans le territoire de l'ulcère. Ces deux derniers auteurs essaient aussi la *dissociation fasciculaire du sciatique*.

Par ces deux procédés on a pu avoir quelques résultats heureux sur les douleurs et les troubles trophiques. Mais ces résultats ne sont pas constants et de plus ces procédés sont passibles de la même objection que les autres, puisqu'ils ne s'adressent qu'à l'ulcère sans guérir les varices.

Toutes ces méthodes opératoires sont aujourd'hui délaissées. Elles ne peuvent guérir qu'une complication : l'ulcère ; or nous avons, pour arriver à ce résultat, des moyens médicaux très simples et inoffensifs. La chirurgie des varices doit viser deux buts : 1° guérir la maladie ; 2° prévenir les récidives. Ce dernier point est le plus important et il doit être le critérium d'un bon traitement chirurgical.

Plusieurs procédés chirurgicaux tendent vers ce résultat : ce sont ceux que l'on emploie actuellement. Ils peuvent se grouper sous trois chefs : *a*) les ligatures ; *b*) les résections ; *c*) les extirpations. La valeur de chacun d'eux est bien différente, mais tous ont de nombreux partisans. Nous allons donc les examiner tour à tour, afin de pouvoir opter pour celui qui nous paraîtra offrir les plus grandes chances de succès.

1° Ligature simple de la veine.

Avant la période aseptique, la ligature de la veine saphène interne se faisait, soit sous-cutanée, soit percutanée. Un fil, passé sous la veine, étranglait celle-ci en même temps que le segment de peau sus-jacent. Velpeau (1840) passait une épingle au-dessous de la veine et entortillait un fil en 8 de chiffre.

Enfin tous les auteurs de cette époque s'ingénierent à trouver des procédés de ligature plus ou moins compliqués, mais qui s'effectuaient sans section de la peau.

Aujourd'hui, tous ces procédés sont abandonnés car les craintes d'infection étant écartées, il vaut mieux faire la ligature à ciel ouvert. De cette façon on voit ce que l'on fait et on ne risque pas de prendre dans sa ligature le rameau jambier du nerf saphène interne dont les rapports avec la veine sont très étroits mais aussi très variables. (Ce nerf tantôt est en dedans, tantôt forme un véritable plexus autour du vaisseau).

La ligature de la saphène interne a pour but de fractionner la colonne sanguine et de remédier par cela même à l'insuffisance valvulaire de ce vaisseau. On peut donc faire soit une seule ligature, soit des ligatures multiples étagées sur toute la longueur de la veine.

Par cette opération on détruit une des causes d'extension des varices, le reflux superficiel; mais on ne s'oppose nullement à l'action de la poussée profonde qui, nous l'avons vu, est la principale cause de production des varices. Le malade pourra donc être amélioré mais non guéri. C'est là déjà une objection sérieuse à cette méthode et ce n'est pas la seule.

Lorsqu'on pratique la ligature de la saphène, on n'est pas sûr de faire une ligature parfaite. On peut ne pas assez serrer le fil ou bien le catgut se desserre de lui-même si le nœud n'est pas très bien fait ou bien encore il peut se résorber avant d'avoir produit les effets que l'on attendait de lui. Dans ces conditions, la veine peut récupérer sa perméabilité et on aura fait une opération inutile. A ce sujet, il nous vient à l'esprit le cas que présentait Tillaux. Il s'agissait d'un anévrysme poplité traité par Brun au moyen de la ligature de la fémorale au niveau du canal de Hunter. Le segment étreint par le fil avait recouvré son entière perméabilité, car la ligature n'avait pas été suffisamment serrée pour briser les tuniques interne et moyenne de l'artère. Il est permis de se demander si un tel fait ne pourrait pas se produire dans la ligature des veines.

Nous savons bien que, pour certains auteurs, l'hémostase

artérielle ne se fait pas de la même façon que l'hémostase veineuse. Nicaise, Baugmarten, Billroth, Malgaigne pensent que dans la ligature des veines, les tuniques interne et moyenne ne se rompent pas. Cependant Gross et Bœckel pensent au contraire qu'elles se rompent, tout comme dans la ligature d'une artère. Quoi qu'il en soit, la ligature veineuse ne peut pas donner dans tous les cas une sûreté absolue.

Supposons que la ligature ait été bien faite et n'ait pas de chance de se desserrer. L'oblitération de la veine va se faire par un caillot, qui plus tard s'organisera et réduira le segment veineux qu'il occupe en un cordon fibreux. Mais il est démontré que le caillot en se résorbant permet à la circulation de se rétablir. Ce fait est absolument prouvé et nous en avons d'ailleurs des exemples en pathologie. Dans la phlegmatia alba dolens les caillots se résorbent et la veine redevient perméable.

Cependant la ligature est parfois efficace et la veine se trouve parfaitement oblitérée. Mais cette oblitération est nécessairement de peu d'étendue. Par conséquent il va rester un segment veineux variqueux considérable. Or, comme la circulation va se rétablir par des collatérales, les varices du malade vont de nouveau communiquer avec le cœur et les accidents inhérents à la maladie vont se reproduire comme par le passé.

La ligature des veines dans le traitement des varices est donc une mauvaise méthode parce que : elle ne supprime pas la poussée profonde, l'opérateur n'est pas sûr de bien lier, la circulation peut se rétablir à travers le caillot, on ne peut agir que sur une trop petite étendue de veines variqueuses.

Cependant Montaz, qui emploie encore ce procédé, s'en trouve satisfait. Mais il est rejeté par la majorité des auteurs parce qu'il ne donne pas une guérison immédiate complète et presque toujours il donne lieu à des récidives. Nous avons cru bon de publier dans nos observations le cas d'un malade traité par cette méthode en 1903, et que nous revîmes trois ans après en pleine récidive (Obs. XI).

2^o Section de la veine entre deux ligatures.

Pensant empêcher le rétablissement de la circulation à travers le caillot, certains opérateurs imaginèrent de sectionner la veine entre deux ligatures.

Cette opération ne donne pas de résultats meilleurs que la ligature simple. Les deux bouts de la veine ne se rétractent pas suffisamment pour empêcher le vaisseau de récupérer sa perméabilité. La résection d'une courte portion de la veine en éloignant les deux extrémités du vaisseau, n'est pas davantage efficace.

Mickelich fit à ce sujet de nombreuses et intéressantes expériences, qui prouvèrent d'une façon indubitable que la circulation peut se rétablir. Il conclut que, seule la *résection suffisamment étendue* de la veine met à l'abri du retour de la circulation dans le segment veineux en question.

De plus cette opération laisse intacte la plus grande partie du tronc de la saphène interne. Ce tronc variqueux est perméable et, par lui-même, peut produire une gêne fonctionnelle considérable. Les collatérales variqueuses ne sont pas davantage intéressées et reproduiront de nouvelles varices.

Enfin la poussée profonde subsiste toujours et, même si le malade se guérit après l'opération, d'autres varices ne tarderont pas à apparaître, puisque la cause n'est pas supprimée.

Scullet publie un insuccès par cette méthode. Dionis, qui l'avait préconisée pendant quelque temps, la déconseille formellement. Hodgson rapporte un grand nombre de cas malheureux.

3^o Procédé de Trendelenburg et Schwartz.

C'est à dessein que nous rapprochons les deux méthodes de Trendelenburg et de Schwartz. Le procédé de Trendelenburg, différent de celui de Schwartz au début de son application, fut dans la suite modifié par son auteur de telle sorte que les deux procédés sont sensiblement les mêmes.

En 1890, Trendelenburg fit connaître son procédé qu'il avait

expérimenté sur lui-même pour se guérir d'énormes varices lui rendant pénible l'exercice de la chirurgie. Partant de cette idée que la guérison des varices doit s'obtenir en interrompant la colonne sanguine saphénienne, il réséqua à la cuisse 5 ou 6 centimètres de saphène, après avoir préalablement isolé ce tronçon entre deux ligatures. Mais en 1895, il modifia son procédé, la résection de quelques centimètres de saphène étant trop insuffisante. Cette modification nous est exposée dans le mémoire de Perthes; la saphène interne est réséquée sur une petite longueur entre deux ligatures, en trois endroits différents : 1° au milieu de la cuisse; 2° au-dessus du condyle interne; 3° au-dessous du condyle interne du fémur.

Si maintenant nous envisageons le procédé de Schwartz, nous voyons qu'il consiste en ligatures étagées de la saphène interne avec résection des tronçons veineux compris entre deux ligatures. Schwartz fait trois incisions de 4 centimètres chacune, à la partie supérieure moyenne et inférieure de la cuisse, sur le trajet de la saphène interne. Cette veine étant mise à nu et liée à chaque extrémité des incisions, il résèque trois portions de saphène, longues chacune de 4 à 5 centimètres.

En somme, si ces deux procédés sont différents par quelques points de technique opératoire, leur valeur est absolument identique puisque, des deux côtés, le tronc de la saphène interne est réséqué en trois tronçons de quelques centimètres dans son territoire terminal. Il est donc logique de les étudier ensemble et de ne faire qu'un seul procédé, celui de Trendelenburg-Schwartz.

Cette méthode est, sans conteste, bien supérieure à celles précédemment décrites, mais nous ne croyons pas devoir en faire notre méthode de choix et cela pour trois raisons principales : 1° elle ne s'attaque pas à la cause essentielle des varices; 2° elle respecte tout un réseau variqueux important; 3° la circulation saphénienne peut se rétablir.

L'opération des varices par résections et ligatures étagées ne vise qu'un but : supprimer le poids de la colonne sanguine qui pèse sur les varices, lorsque celles-ci communiquent avec le

cœur. Cette suppression du reflux superficiel améliore le malade en empêchant l'extension de la maladie, mais elle n'empêche pas la régénération des varices, puisque la poussée profonde venue des perforantes continue à agir. Cette objection a été bien exprimée par Terrier et Alglave : « La méthode de Trendelenburg-Schwartz, nous disent-ils, et les résections même assez étendues du tronc saphénien interne peuvent bien supprimer une des causes d'entretien et d'extension des varices, mais elles laissent subsister l'autre, plus importante peut-être, primordiale, qui continuera d'exercer son action sur elles et qui paraît capable, dans certains cas, de refaire plus ou moins rapidement ce qu'ont défait les ligatures étagées ou les résections partielles ».

Outre cet inconvénient, cette méthode respecte tout un réseau jambier de varices. Or très souvent les varices de la jambe sont très importantes et très nombreuses. Ce sont elles qui gênent le plus le malade et elles ont sous leur dépendance les ulcères variqueux. Leur point d'abouchement dans la saphène interne existe toujours puisque la portion jambière de cette veine n'est pas enlevée. Par conséquent il ne faudra guère compter sur leur régression progressive, comme cela se passe quand la saphène est extirpée à la jambe. Ces varices vont former avec le tronc jambier de la saphène un réseau complet qui se déversera par des collatérales soit dans la portion restante de la saphène interne, soit dans la saphène externe, et qui, sans cesse sollicité par la poussée profonde, va s'accroître considérablement, rendre le malade impotent et le menacer sans cesse de toutes sortes de complications.

Enfin ce procédé, pas plus que la résection unique de la saphène entre deux ligatures, ne met à l'abri du rétablissement de la circulation veineuse. Pearce Gould, Ledderhose, Viannay ont montré la fréquence de la reconstitution des varices par les collatérales de la saphène, après la résection seulement d'un ou plusieurs segments de cette veine à des hauteurs différentes. Terrier et Alglave disent, également, qu'il n'est pas rare de voir, après cette opération, la reconstitution des tronçons veineux enlevés et le retour des varices à leur état antérieur. Les résec-

tions sont trop partielles; les collatérales saines qui vont se former entre les segments saphéniens respectés, sont nécessairement courtes. Quelle influence heureuse peuvent-elles dès lors avoir, si l'on considère la longueur et l'importance des vaisseaux variqueux restant. Fatalement ces collatérales doivent, à leur tour, céder et devenir variqueuses (obs. XII, XIX, XIV).

On a encore signalé comme inconvénient de la méthode de Trendelenburg-Schwartz, la thrombose veineuse qui se constitue. Nous pensons que ce n'est point là un inconvénient mais plutôt un avantage, car c'est un processus de guérison.

Malgré toutes ces objections importantes nous devons dire, pour être juste, que ce procédé a beaucoup d'avantages. Pendant longtemps il a été le seul employé et il a donné de bons résultats, dont malheureusement tous les opérés n'ont pas bénéficié. Si l'on compte un assez grand nombre de guérisons, on compte aussi de nombreuses récidives ou des guérisons incomplètes.

En voici d'ailleurs quelques exemples :

Terrier et Alglave ont opéré deux malades qui avaient récidivé après l'opération de Schwartz.

Robert Kennedy rapporte sept cas traités par cette méthode. Les malades ont été revus de trois à sept ans après; six avaient récidivé, un seul était complètement guéri.

Von Brunn (de Tubingen) publie une statistique portant sur 69 cas, dont quelques-uns datent de plus de douze ans :

19 sont guéris, ce qui donne un pourcentage de 27 p. 100.

39 ne présentent plus de signes fonctionnels, mais les varices ont récidivé.

11 ne présentent aucune amélioration.

Il est à noter que, sur les 19 guérisons, 6 seulement remontent à plus de trois ans; les autres sont plus récentes et il n'est pas prouvé qu'elles soient définitives.

Schwartz, sur 12 cas, n'en revoit que 9 de six à huit mois après; chez un malade l'ulcère a persisté; chez les 8 autres, on constate seulement une grande amélioration.

Sur 25 cas revus de six mois à douze ans, Faisst n'a vu que

des résultats incomplets, sauf dans 2 cas où la guérison était parfaite.

Nous rapportons 4 cas de malades opérés par ce procédé : 3 ont été opérés par M. le professeur Dubreuilh, 1 par M. le professeur agrégé Chavannaz. Ces cas sont très intéressants, car ils démontrent la possibilité de la récurrence par reconstitution de la saphène interne.

Deux malades ont été opérés par le procédé de Schwartz classique (Obs. XIX : 3 résections de 4 centimètres chacune; Obs. XIV : 2 résections de 4 centimètres chacune). Quelques mois après l'opération, les segments de saphène non enlevés, qui auraient dû être thrombosés, étaient redevenus perméables. La récurrence était donc en voie d'organisation.

Les deux autres malades ont été opérés par un procédé de Schwartz atypique, puisque chez l'un (Obs. VIII) on a extirpé trois segments de saphène de 8 à 10 centimètres chacun; chez l'autre, deux segments, l'un de 4 centimètres, l'autre de 15 centimètres (Obs. XIII). Il n'y a pas de récurrence, deux ans et deux ans et demi après.

Ces deux cas ne peuvent donc être rattachés à la méthode de Schwartz, étant donné la grande étendue de saphène extirpée, mais bien à la méthode des extirpations larges de cette veine dont ils viennent démontrer le bien fondé. Il en est de même d'un cas de phlébite variqueuse, opéré par Schwartz et qui ne récidiva pas. Cet auteur extirpa toute la saphène à la cuisse et à la jambe par deux incisions de 40 centimètres chacune après avoir réséqué 4 centimètres de cette veine au niveau de sa crosse pour éviter les accidents emboliques pendant l'opération.

4° Extirpation des varices localisées.

Les paquets variqueux ou tumeurs variqueuses siègent le plus souvent sur la jambe ou au niveau de la face interne du genou; il est assez rare de les rencontrer sur la cuisse. Ces paquets sont en général plus ou moins adhérents à la peau, qui est très modifiée dans sa constitution. Les veines qui les forment sont

très altérées et, dans la majorité des cas, on trouve de grosses dilatations ampullaires. Enfin c'est dans ce cas que nous rencontrons le plus souvent des ulcères variqueux tenaces et difficiles à guérir par les moyens médicaux.

L'opération qui a été proposée est l'extirpation de la tumeur variqueuse. Les difficultés opératoires sont assez grandes à cause de l'adhérence de la tumeur à la peau, qui est très fine, de la périphlébite fréquente qui rend les veines adhérentes les unes aux autres au moyen d'un tissu sclérosé. De plus le nombre des vaisseaux afférents, la présence de véritables lacs sanguins, produisent une hémorrhagie assez sérieuse qui est très gênante au cours de l'opération. Il faut donc enlever largement le paquet variqueux, comme s'il s'agissait d'une tumeur et enlever en même temps une certaine étendue de peau malade. Enfin l'hémostase doit être faite parfaitement, ce qui parfois présente de réelles difficultés.

Les résultats de cette opération sont bons s'il n'existe pas de varices du tronc de la saphène interne. En effet, toutes les perforantes alimentant le paquet variqueux sont détruites, et par conséquent la poussée profonde est supprimée. D'autre part, les valvules saphéniennes étant suffisantes il n'y a pas de reflux superficiel à craindre.

Malheureusement la plupart du temps la saphène interne est déjà malade et si l'on se contente de faire une simple excision du paquet variqueux, les varices vont récidiver. Les collatérales nouvelles qui vont se former et se rendre à la saphène vont être sans cesse sollicitées par le reflux saphénien et elles ne tarderont pas à se dilater.

C'est donc là une opération qui ne pourra s'appliquer qu'à un nombre restreint de cas. Il faudra la rejeter toutes les fois que nous rencontrerons le signe de Trendelenburg, et nous irons même plus loin, toutes les fois qu'on trouvera une saphène un peu volumineuse, car, si cette saphène est encore suffisante, elle est cependant déjà un peu malade et peu à peu elle arrivera à se dilater jusqu'à rendre ses valvules insuffisantes. La récurrence apparaîtra alors.

C'est dans neuf cas de ce genre que R. Kennedy observa la récurrence quelques mois après l'opération.

Dans deux cas opérés par Quénu, la saphène était saine et l'excision seule des paquets fut suffisante. Un des malades, opéré en 1893, était guéri rapidement et la guérison se maintenait encore après deux ans. Un autre n'avait pas de récurrence au bout de neuf ans.

Sur dix cas de Rémy, revus entre un an et deux ans et demi, sept étaient guéris, trois avaient récidivé.

5° Incision circonférentielle de la jambe.

Ce procédé est dû à Moreschi, qui en publia la technique en 1889. Il l'applique principalement dans les cas d'ulcères variqueux. Il fait une première incision autour de la jambe à quelques centimètres (5 ou 6) au-dessus de l'ulcère. Toutes les veines rencontrées en incisant sont sectionnées entre deux ligatures; les tissus sont divisés jusqu'à l'aponévrose jambière. Une deuxième incision, également circulaire, est pratiquée au-dessus des malléoles, les vaisseaux veineux que l'on rencontre sont liés et sectionnés. Moreschi, le plus souvent, ne suture pas les deux plaies; il les laisse bourgeonner et il établit ainsi, autour de la jambe, un anneau de tissu cicatriciel assez large pour empêcher la circulation veineuse de se rétablir.

Plusieurs auteurs employèrent ce procédé mais ne firent plus qu'une seule incision, ce qui, au point de vue des résultats, est identique. Mariani, Reclus firent l'incision au niveau de l'ancienne jarretière. Mauclair, Brault, Delbet ne font qu'une incision, mais un peu différente. C'est le procédé de Mariani-Reclus qui est le plus employé et c'est celui dont nous nous sommes servi dans quelques cas.

Les résultats de cette opération sont vraiment surprenants dans la cure des ulcères. Leur guérison se fait avec une rapidité parfois presque incroyable. On arrive, par ce procédé, à guérir des ulcérations étendues et très anciennes qui n'avaient jamais pu être même améliorées par les moyens palliatifs ordinaires.

Moreschi opéra 62 malades, et les résultats furent très satisfaisants. Hardouin et la Pipe ont publié récemment les résultats de cette opération dans 20 cas d'ulcères variqueux. Les 20 malades furent revus de six mois à deux ans après, et chez aucun d'eux l'ulcère n'avait récidivé. Ils concluent donc que l'incision circonférentielle « paraît être la méthode de choix dans le traitement des ulcères variqueux. Elle amène la guérison de l'ulcère au moins aussi rapidement qu'avec toute autre méthode, et, par dessus tout, elle semble être la seule qui mette vraiment le malade à l'abri des récidives ».

Hardouin et La Pipe prétendent en outre que non seulement l'ulcère disparaît, mais encore les veines variqueuses s'atrophient et disparaissent.

Nous croyons sans peine qu'ils aient observé ce résultat sur le réseau de petites veines variqueuses de la jambe, situé au-dessous de l'incision circonférentielle, mais nous doutons que l'ectasie de la saphène puisse régresser. En effet, prenons par exemple le cas d'un variqueux dont les varices communiquent avec le cœur. De quelle façon agissons-nous sur la saphène par l'incision circonférentielle? Nous ne pouvons que sectionner la saphène ou en réséquer un petit tronçon dans le fond de l'incision. Par conséquent, c'est comme si nous avions pratiqué une section ou une petite résection de la saphène entre deux ligatures; nous avons déjà dit quels étaient les résultats de cette opération et nous avons vu qu'ils étaient déplorables; cela ne fait de doute pour personne à l'heure actuelle. Le tronc saphénien au-dessus de l'incision est toujours sous l'influence du reflux superficiel, celui qui est situé au-dessous est sollicité par la poussée sanguine profonde. Il est impossible, dans ces conditions, que les varices guérissent. La récurrence survient, témoin le cas que rapporte Terrier.

Or, chez un variqueux, il ne suffit pas de traiter l'ulcère; les varices sans cette complication nécessitent souvent une intervention et par elles-mêmes peuvent produire des accidents graves. Ce n'est pas l'incision circonférentielle que nous devons choisir comme mode de traitement curatif. Et nous pouvons

dire avec Guibé que c'est là un procédé tout à fait insuffisant puisqu'il ne s'attaque ni aux varices, ni à leurs causes.

Cette méthode présente en outre quelques inconvénients de moindre importance. La cicatrice sus-malléolaire reste assez souvent douloureuse ; c'est pourquoi il vaut mieux employer l'incision de Mariani-Reclus. — Après l'opération, on remarque quelquefois un œdème persistant de la jambe. Enfin on sectionne les nerfs sous-cutanés de la jambe. Cette section est sans importance car la sensibilité est assurée par les rameaux perforants (c'est ce qu'a constaté Moreschi) et dans les cas d'ulcères douloureux, la section nerveuse est plutôt un bien.

L'incision circonférentielle peut cependant améliorer certains malades, car en sectionnant ainsi toute la colonne sanguine du membre, on transforme des varices à grande tension en varices à faible tension, c'est-à-dire des varices mal tolérées en varices bien tolérées. Mais on ne peut compter sur la guérison des varices à reflux cardiaque.

Malgré cela, c'est un procédé à retenir à cause des résultats qu'il donne dans les cas d'ulcère. Nous avons eu l'idée de l'associer au procédé de l'extirpation totale des saphènes et nous avons eu des résultats très satisfaisants (Obs. III, IV, X, XVIII). Voici dans quelles conditions nous croyons qu'il convient d'associer les deux méthodes : Lorsque l'ulcère variqueux siège sur la face interne de la jambe, l'extirpation de la saphène interne guérit *très rapidement* l'ulcère. Mais lorsque l'ulcère siège sur la face externe du membre, il n'est plus en relation aussi directe avec les territoires saphéniens interne ou externe ; il dépend d'un réseau veineux variqueux de cette région, dont les connexions avec les saphènes sont très éloignées. L'extirpation de ces deux veines n'agira donc que très indirectement sur l'ulcère, puisqu'il restera alimenté par ce réseau veineux dont la thrombose ne se fera que peu à peu, étant donné le nombre et la longueur des anastomoses. L'ulcère guérira mais après un certain temps plus ou moins long. Si dans ces cas on ajoute, à l'extirpation des ou d'une saphène, une incision circulaire de Mariani-Reclus, le réseau veineux dont nous avons déjà parlé, n'aura plus aucun

débouché, tant du côté des saphènes, que du côté des anastomoses qui remontent vers la racine du membre; il disparaîtra très rapidement et l'ulcération variqueuse cicatrisera en quelques jours.

En définitive, nous n'emploierons le procédé de l'incision circonférentielle, tout à fait insuffisant contre les varices, qu'associé à une méthode curative et seulement lorsque les ulcères variqueux seront trop éloignés des territoires saphéniens.

Nous devons dire ici quelques mots d'un procédé du même genre, qui fit le sujet d'un travail de M^{lle} Tessène : *l'incision circulaire de cuisse* (thèse de Paris, 1903).

Ce procédé s'applique, comme celui de Moreschi, à la cure des ulcères variqueux. Nous ne voyons pas très bien quels avantages ce procédé peut avoir sur le précédent. Peut-être est-il d'une application plus commode dans les ulcères haut situés. Mais dans les ulcères du tiers inférieur de la jambe, les plus fréquents, il doit donner des résultats peut-être moins rapides que l'incision de Moreschi puisqu'il laisse entre l'ulcère et l'incision un réseau veineux plus étendu et par cela même plus long à disparaître.

Il ne guérit pas les varices pour les mêmes raisons que nous avons exposées précédemment; les critiques que nous avons faites au procédé de Moreschi s'appliquent également à celui-ci et cela nous dispense d'insister davantage.

6° Anastomose saphéno fémorale.

C'est à Delbet que revient l'honneur d'avoir imaginé cette intervention. Il part de ce principe que l'insuffisance valvulaire de la saphène interne, étant constante chez les variqueux, il faut, pour obtenir la guérison, suppléer à cette insuffisance en faisant vider la saphène dans une veine dont les valvules sont intactes. La veine choisie est la fémorale.

Cette anastomose saphéno-fémorale doit se faire, d'après Delbet, « en un point situé à deux centimètres au-dessous du milieu

de l'espace compris entre le ligament de Fallope et le tubercule d'insertion de l'adducteur », c'est-à-dire au milieu de la cuisse environ. La saphène interne est réséquée et son bout inférieur est implanté dans la veine fémorale.

Par cette opération, on s'oppose au reflux superficiel qui est une cause d'entretien des varices. Mais est-il bien démontré que cette cause soit écartée définitivement? Des anastomoses ne peuvent-elles pas s'établir entre la partie inférieure de la saphène et sa partie supérieure, reconstituant ainsi un vaisseau avalvulaire?

D'autre part, les varices restent soumises à l'influence de leur principale cause, la poussée profonde, qui continuera à exercer son action néfaste sur les veines et empêchera leur guérison.

Il est enfin nécessaire : 1° que les varices soient du domaine de la saphène interne; 2° que les veines variqueuses soient perméables et non enflammées. L'indication de cette opération est intimement liée à ces deux conditions.

Les phénomènes et accidents dus aux varices doivent difficilement disparaître puisqu'il reste au-dessous de l'anastomose un très grand territoire variqueux sous l'action de la poussée sanguine venue des perforantes.

Nous n'avons pas une expérience assez grande de cette opération pour nous permettre de la juger à fond. Mais, étant donné que les objections que nous venons de faire découlent logiquement de principes démontrés vrais, nous sommes autorisé à faire des réserves sur l'efficacité de ce procédé.

Admettons pour un instant qu'il ait autant de valeur que l'extirpation des saphènes (dont nous parlerons ultérieurement), nous hésiterons à le choisir. A résultats égaux, il convient d'opter pour le moyen le plus simple et le moins dangereux. L'anastomose saphéno-fémorale est d'une technique délicate et difficile, cela est bien évident. C'est de plus une opération dangereuse. Quiconque a pratiqué la chirurgie comprendra aisément que l'ouverture de la fémorale et la suture d'une autre veine sur cette dernière n'est pas une opération bénigne et nous n'insisterons pas sur ses dangers. D'ailleurs Delbet avoue lui-même

qu'un gros danger est menaçant : c'est la phlébite thrombosante avec embolie, danger que l'on ne peut éviter que si l'on opère avec une asepsie parfaite.

Pour ces raisons, nous préférons rejeter cette méthode et recourir à l'extirpation totale ou étendue des saphènes, qui ne comporte aucun péril et donne des résultats satisfaisants et durables.

7° Extirpation totale ou très étendue des saphènes.

Ce procédé étant le seul qui réponde aux indications fournies par l'anatomie pathologique et la pathogénie est celui qui nous offre les plus sérieuses garanties de succès.

Sa technique opératoire est des plus simples. On fait une incision de la peau sur le trajet de la veine saphène interne depuis le milieu de l'arcade crurale jusqu'au voisinage de la malléole interne; puis, après avoir lié la saphène à ses deux extrémités, on la sectionne et on l'extirpe. Cependant nous avons cru bon de faire cette incision en plusieurs temps : 1° Pour rendre l'opération plus facile quand la saphène n'est pas très apparente dans tout son trajet ; 2° pour éviter l'infection de la plaie. Il ne serait pas prudent de laisser ouverte, pendant toute la durée de l'opération, une plaie d'une telle étendue ; pendant que l'on travaille à une extrémité on ne peut pas surveiller l'autre et la préserver de toutes les causes d'infection. Aussi nous faisons une première incision de 30 à 40 centimètres partant du milieu de l'arcade de Fallope. La crosse de la saphène est découverte ; on passe au-dessous d'elle un catgut n° 2 et on la lie très fortement. On fait une seconde ligature à un centimètre au-dessous de la première et on sectionne le vaisseau entre les deux ligatures. On saisit alors le bout inférieur de la saphène, on l'attire en l'air et on dissèque la veine de haut en bas avec la compresse et les ciseaux dans toute la longueur de l'incision. Les collatérales qui sont rencontrées sont liées le plus loin possible de la veine et sectionnées. Si ces collatérales sont importantes on les dissèque sous la peau de façon à les sectionner très loin de la saphène. L'hémostase de la plaie étant faite avec très grand

soin, on suture la peau dans les trois-quarts supérieurs de l'incision. On recouvre le champ opératoire de compresses stérilisées et on reprend la veine dans le quart inférieur de l'incision. On la fait saillir sous la peau en l'attirant à soi et on a ainsi une ligne opératoire toute tracée pour pratiquer une seconde incision de la même longueur et dans le prolongement de la première. On opère dans cette incision de la même façon que précédemment et ainsi de suite jusqu'au moment où on arrive à l'extrémité inférieure de la saphène. On la sectionne après avoir placé une ligature sur son bout inférieur. L'opération terminée, on a une incision unique suivant très exactement le trajet de la veine saphène interne.

S'il s'agit de varices de la veine saphène externe, on opère exactement de la même façon et on extirpe cette veine.

Dans les cas de varices accompagnées d'ulcère, il faut prendre certaines précautions. Nous avons dit déjà, dans le chapitre précédent, que si l'ulcère était récent et par conséquent susceptible de guérir rapidement par un traitement approprié, il valait mieux attendre sa guérison pour opérer. Si l'ulcère est ancien et placé bas, on arrête l'incision à 3 ou 4 centimètres au-dessus de lui; s'il est haut placé, on agit de même, mais on extirpe par une autre incision le segment de saphène situé au-dessous de lui. Enfin, lorsque l'ulcère est latéral externe et en connexion avec un réseau variqueux externe impossible à extirper, nous croyons bon d'associer à l'extirpation de la saphène l'incision circulaire de jambe de Mariani-Reclus.

Les difficultés que l'on peut rencontrer au cours de l'opération tiennent à l'hémorrhagie et à la nature des veines. L'hémorrhagie est parfois considérable et difficile à arrêter, parce qu'elle provient de petites veines variqueuses disséminées. La nature des veines est la source de nombreux ennuis. Certaines veines variqueuses sont très friables; elles se brisent à la moindre traction, sous l'étreinte de la pince ou du catgut. Le sang s'écoule, on doit multiplier les pinces et l'on dissèque très péniblement. Mais ce sont là des difficultés dont on vient assez facilement à bout.

La résection totale de la saphène ne peut être faite intégralement que lorsqu'il n'y a pas d'ulcère. Quand il existe un ulcère bas situé, la résection ne peut être complète, mais elle est tellement étendue que, au point de vue des résultats, c'est la même chose. Ce sont des cas de ce genre que nous publions dans la plupart de nos observations.

Cette méthode opératoire n'est pas justiciable des critiques qui nous ont fait rejeter les autres procédés.

Il ne peut pas être question ici de la reconstitution des varices par rétablissement de la circulation veineuse saphénienne. Les voies collatérales néoformées qui ramèneront le sang au cœur seront des veines saines. Le plus souvent elles se déverseront dans le système veineux profond, ce qui sera un avantage : la compression des masses musculaires volontaires aidera l'effort des muscles lisses pour faire circuler le sang.

L'extirpation des troncs saphéniens oblige l'opérateur à faire la section et même la résection des collatérales qui s'y rendent. Par conséquent toutes les perforantes vont être supprimées et du même coup la poussée profonde sera détruite. Si la saphène a ses valvules insuffisantes, le reflux superficiel existe, mais par l'opération il est arrêté au niveau même de la crosse de la saphène.

Quant à l'objection qui a été faite au sujet des inconvénients de la suppression des troncs collecteurs du système veineux superficiel, nous y avons répondu au début de ce travail et nous n'y reviendrons pas.

La résection large des saphènes est donc l'opération de choix parce que, tout en supprimant les varices, elle s'attaque à leurs causes originelles et empêche, par cela même, les récidives. Robert Kennedy, qui a une grande expérience de tous les traitements chirurgicaux des varices pour les avoir tous employés, dit : « L'opération qui donne les meilleurs résultats et les plus stables est celle qui extirpe non seulement les varices mais aussi le tronc de la saphène interne, surtout si l'on enlève une très grande étendue de cette veine. La récidive, qui, *théoriquement*, pourrait survenir sur les anastomoses, n'a pas été observée ».

Un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels Terrier et Alglave, préconisent à juste titre ce procédé.

Il a été employé par Schwartz (1898) avec quelques modifications. Cet auteur fait deux incisions circonscrivant un lambeau cutané qui est extirpé en même temps que la veine. C'est là une bonne pratique surtout indiquée chez les malades dont la peau est très mobile, comme trop large pour le membre qu'elle enveloppe, ou bien lorsque la peau adhère à des paquets variqueux et se trouve en mauvais état. Lorsqu'on suture la plaie, on confectionne une sorte de bas élastique naturel qui soutiendra bien le réseau veineux sous-cutané.

Dernièrement, Narath (d'Utrecht) a publié un procédé d'extirpation totale évitant de faire une longue incision. Il fait une série de petites incisions le long de la saphène interne, distantes chacune de dix centimètres environ. On commence par la racine du membre et on lie et sectionne la veine entre deux ligatures. En tirant sur elle, on la fait saillir sous la peau et on peut pratiquer facilement une seconde incision à dix centimètres au-dessous de la première et ainsi de suite jusqu'en bas de la jambe. Dans la dernière incision, on lie et on sectionne la veine. La saphène, dans toute sa longueur, suit donc des trajets alternativement sous-cutanés et à ciel ouvert. Par chaque incision, on la dénude et on la dissèque dans ses trajets sous-cutanés. La veine étant libérée dans toute son étendue, il est alors facile de l'extirper soit tout entière en tirant par un bout, soit par morceaux.

Ce procédé est très ingénieux, mais il n'est pas applicable lorsqu'il existe de gros paquets variqueux. Les difficultés de sa technique, l'impossibilité de bien lier et disséquer les collatérales ne compensent pas son avantage de supprimer une longue incision. Aussi nous nous en tiendrons à l'extirpation selon la méthode que nous avons indiquée et qui est, à notre avis, le procédé de choix dans la cure sanglante des varices.

CHAPITRE IV

Observations.

Nous publions 20 observations dont 11 sont personnelles et inédites. Les 9 autres, dont quelques-unes inédites, sont empruntées à divers auteurs.

La majeure partie de ces observations concerne des malades opérés par le procédé de l'extirpation totale ou étendue des saphènes. Nous avons cru bon cependant de donner des observations de malades opérés par d'autres procédés afin d'appuyer les conclusions que nous avons faites sur chacun d'eux.

Le plus grand nombre de nos observations personnelles sont celles de malades que nous avons suivis dans le service de M. le professeur Villar, et nous sommes heureux de remercier ici notre maître d'avoir eu l'obligeance de nous laisser opérer ces cas.

OBSERVATION I (personnelle).

Varices du membre inférieur gauche et ulcères variqueux. — Extirpation étendue de la saphène interne.

Adolphe D..., 44 ans, boulanger, entre le 2 mai à l'hôpital Saint-André, salle 11 bis, dans le service de M. le professeur Villar, pour une hémorrhagie abondante d'origine variqueuse.

Les varices débutèrent, il y a 7 ou 8 ans, par les branches d'origine de la saphène interne. Peu à peu elles envahirent le tronc saphénien de bas en haut, et au bout de quelques mois la saphène entière était variqueuse. La dilatation veineuse s'accrut graduellement jusqu'à

aujourd'hui, en même temps qu'apparaissent des ampoules variqueuses.

Il y a deux ans, un ulcère se montra en arrière de la malléole interne gauche. Cet ulcère, de petite dimension, dura quatre mois.

Depuis un an, les varices deviennent très douloureuses en même temps que s'établit un œdème persistant du pied et de la moitié inférieure de la jambe. Ces phénomènes entraînent une impotence fonctionnelle absolue et le malade est heureux de trouver asile à l'hôpital où il vient soigner des accidents syphilitiques.

Il y a trois semaines, un ulcère apparaît sur la crête du tibia, au niveau du tiers moyen.

Enfin, le 1^{er} mai, la veille de son entrée à l'hôpital, il est pris vers sept heures du soir d'une forte hémorrhagie de la jambe, à la suite d'un choc tout à fait insignifiant. Le malade raconte que l'hémorrhagie se produisait sous forme d'un jet continu de la grosseur d'un crayon de portefeuille et qu'elle dura vingt minutes avant qu'il eût reçu des soins. Il dit avoir perdu au moins deux litres de sang. Nous n'avons pu vérifier l'exactitude de cette assertion, mais lorsque nous avons vu le malade, il était littéralement inondé de sang.

Sous l'influence d'un bandage compressif et du repos au lit, le membre inférieur élevé, l'hémorrhagie s'arrête.

Antécédents héréditaires. — Père variqueux, mort à 53 ans d'une maladie d'estomac. Mère rhumatisante. Rien à signaler du côté des collatéraux.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade. A 39 ans, il contracte la syphilis; deux ans après, il fait des accidents tertiaires laryngés. Son nez présente le plus beau type du nez « en dos de lor-gnette ».

Etat actuel, le 2 mai 1907. — La saphène interne gauche et très dilatée sur toute la longueur de la cuisse, mais elle n'est pas flexueuse. Elle présente plusieurs dilatations ampullaires : au triangle de Scarpa et au niveau du tiers moyen de la cuisse.

Le tronc saphénien, toujours unique, descend sur la face latérale interne de la jambe après avoir reçu, au niveau du genou, une grosse collatérale très flexueuse venant de la région rotulienne. Arrivé à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen de la jambe, il se

divise en deux branches accompagnées chacune par d'autres veines variqueuses qui se dirigent vers chacun des ulcères.

Les deux ulcérations où aboutissent ces veines siègent à 12 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsien. L'un est sur la crête du tibia ; l'autre sur la face interne de cet os. Le premier mesure 4 centimètres de haut sur 3 centimètres de large. Il est recouvert d'un enduit noirâtre de poussière qui masque son fond. Le second est grand comme une pièce de 50 centimes. Il n'est apparu que hier au moment de l'hémorrhagie. Sa surface est recouverte par un caillot sanguin.

La saphène externe est peu dilatée, sans flexuosités et sans ampoules. Sa dilatation est surtout évidente au tiers moyen de la jambe. Signe de Trendelenburg très net.

Quant aux signes fonctionnels que le malade éprouve, ce sont : une douleur intense et un œdème considérable.

Rien de spécial à noter du côté des autres organes.

Opération le 7 mai — Incision partant du milieu de l'arcade crurale et suivant le trajet de la saphène interne jusqu'au tiers inférieur de la jambe.

Je pus par cette incision, extirper facilement la saphène depuis sa crosse jusqu'à la région des ulcères. Il me fut possible également d'enlever la collatérale venant du genou et d'extirper les deux branches se rendant à chacun des ulcères. Ces branches recevaient tout près de l'ulcère de très grosses perforantes que je liai et extirpai.

Suture de la plaie aux crins de Florence ; pas de drainage.

9 mai : Pansement, plaie en très bon état, l'ulcère de la face interne a disparu. Celui de la crête du tibia est presque cicatrisé.

10 mai : Nous revoyons simplement l'ulcère sans toucher au pansement de la plaie opératoire, et nous constatons qu'il n'en reste plus de traces.

22 mai : Les crins sont enlevés ; la plaie est cicatrisée *per primam*.

25 mai : Le malade se lève et va sortir de l'hôpital dans quelques jours.

OBSERVATION II (personnelle).

Varices du membre inférieur gauche et ulcères multiples. — Extirpation très étendue de la saphène interne et de l'anastomose des deux saphènes.

Madeleine L., 44 ans, cuisinière, entre le 13 mars 1907, salle 2 bis (service de M. le professeur Villar), pour des varices accompagnées d'ulcères et déterminant une gêne fonctionnelle très marquée.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Enfance malade. Pleurésie à dix-sept ans. Congestion pulmonaire aiguë à trente-huit ans. La malade, qui exerce la profession de cuisinière et qui en outre doit aider à l'entretien de la maison où elle est placée, reste debout presque toute la journée. Elle fait ce métier depuis l'âge de vingt ans.

Histoire de la maladie. — Son affection remonte à dix ans. Les varices commencèrent d'abord à apparaître sur la face interne de la cuisse, au niveau de son tiers inférieur et dans le creux poplité. Ces varices augmentèrent de volume, mais sans amener aucun trouble fonctionnel.

Ce n'est que depuis deux ans qu'elle remarqua que son pied enflait le soir et lorsqu'il y avait quelque temps qu'elle se tenait debout. En même temps apparaissent des douleurs à type térébrant, siégeant principalement dans le mollet et dans la région sus-malléolaire de la jambe; ces douleurs ne sont pas continues, elles surviennent lorsqu'il y a un certain temps qu'elle est debout. De ce fait elle ne peut continuer son travail qu'avec grand'peine, car elle doit se reposer à chaque instant. Parfois ces douleurs s'exaspèrent et alors elles revêtent une forme névralgique et se propagent tout le long du membre, jusque dans la fesse.

Il y a quatre mois, une ulcération, grande comme une pièce de 50 centimes, se forma sur la face interne de la jambe, à quelques centimètres au-dessus de la malléole. Cette ulcération donna issue à une quantité de sang assez considérable; elle guérit en un mois.

Quelques jours après la guérison de cet ulcère apparaissent de nombreuses ulcérations disséminées sur la même jambe. Ces ulcéra-

tions ne guérissant pas, et les douleurs provoquant une impotence presque absolue, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen le 17 mars 1907. — La malade étant couchée dans son lit, on constate sur son membre inférieur gauche, au niveau du tiers inférieur de la face interne de la cuisse, une varice volumineuse de la veine saphène interne qui est très flexueuse. Cette dilatation variqueuse descend sur la face interne de l'articulation du genou et c'est dans cette région qu'elle acquiert son plus gros volume. En arrière, dans la partie inférieure du creux poplité, on constate une dilatation moins considérable de la saphène externe.

Le signe de Trendelenburg, recherché sur la saphène interne, existe.

La malade étant debout, les varices deviennent très grosses et forment un relief marqué sous la peau. Les flexuosités de la saphène interne constituent une sorte de tumeur oblongue, large de 4 centimètres et longue de 15 à 20 centimètres, s'étendant du tiers inférieur de la cuisse jusqu'au plateau tibial interne.

La saphène externe est devenue très apparente. Elle dessine de nombreux méandres, depuis le milieu du creux poplité jusqu'à l'extrémité inférieure de cette région. De plus, en palpant la région, on sent, comme du côté de la saphène interne, une sorte de tumeur molle.

La peau, tant dans la région poplitée que sur la face interne de la cuisse, est absolument saine.

Sur la jambe, on compte neuf ulcères dont les dimensions varient d'une pièce de 1 franc à une de 2 francs. On trouve également les cicatrices récentes de cinq ou six autres ulcérations. La malade a remarqué que ces ulcères se formaient par l'éclatement de petites veines, éclatement qui donnait lieu à une hémorrhagie. On ne peut distinguer ces veinules, car toute la peau de la jambe, sur les faces antérieure et externe où siègent les ulcères, est en très mauvais état. Cette peau est rouge vif, sèche, parcheminée et recouverte d'écailles épidermiques qui se détachent. Elle ressemble, avec ses croûtes de cicatrisation, à une peau atteinte d'eczéma.

Sur la face interne du tibia, il n'y a pas d'ulcérations, mais on y trouve la trace de trois ulcères volumineux et cicatrisés.

Le pied est un peu œdématié.

Sur le membre inférieur droit, il n'y a pas de varices des gros troncs veineux, mais on remarque un fin réseau de petites veinules qui marbrent toute la peau du pied et de la jambe. Il y a également un peu d'œdème du pied.

Enfin nous ne faisons que rappeler que la malade souffre beaucoup et ne peut faire aucun travail.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Opération le 19 mars 1907. — Incision sur la face interne de la cuisse, le long du trajet de la saphène interne. Cette veine est mise à découvert et sectionnée à cinq ou six centimètres au-dessous de son embouchure. A ce niveau elle n'est plus dilatée et paraît absolument saine. On la dissèque en allant de bas en haut et on ne tarde pas à arriver dans la région où la veine est dilatée et flexueuse. La dissection en devient difficile, car on rencontre, à chaque instant, de très grosses anastomoses, qui constituent le paquet variqueux, précédemment décrit. L'incision est prolongée jusqu'au-dessous de la jarretière et on enlève le paquet variqueux avec la saphène interne. Les anastomoses sont liées avec difficulté car elles sont très friables et se brisent sous les mors de la pince ou sous le catgut. En somme, la saphène a été extirpée sur une longueur de trente-huit centimètres.

On passe à la face postérieure du membre et on fait une incision de huit centimètres au milieu du creux poplité. On s'aperçoit alors que la veine dilatée n'est pas la saphène externe mais l'anastomose entre les saphènes. Cette anastomose est extirpée dans toute son étendue. On aperçoit alors, au-dessous de l'aponévrose superficielle, la veine saphène externe qui a son calibre normal et paraît tout à fait saine.

Sutures aux crins de Florence. Pas de drainage.

21 mars : Pansement. Plaies en très bon état. Les croûtes qui recouvrent les ulcères cicatrisés sont tombées et il n'en reste plus de traces. Des neuf ulcérations, six sont recouvertes d'une croûte cicatricielle, trois ont diminué de moitié.

25 mars : Tous les ulcères sont cicatrisés sauf un qui est large comme une pièce de 0 fr. 50.

31 mars : On enlève les sutures des deux plaies dont la cicatrisation s'est effectuée *per primam*. Il n'y a plus de traces d'ulcères.

4 avril : La malade complètement guérie commence à se lever.

Elle sort de l'hôpital le 12 avril, tout à fait guérie de ses varices et des accidents qu'elles avaient provoqués.

Nous revoyons la malade le 10 juin, elle est tout à fait guérie.

OBSERVATION III (personnelle).

Varices du membre inférieur gauche et ulcère variqueux. — Extirpation très étendue de la saphène interne et incision circonférentielle.

Prosper V..., 50 ans, serrurier, entre à l'hôpital Saint-André le 5 février 1907, salle 10, dans le service de M. le Dr Courtin, pour un ancien ulcère variqueux.

Histoire de la maladie. — Le malade ne se rappelle pas à quelle époque débutèrent ses varices. Vers l'année 1891, il remarqua que souvent, le soir, il avait la jambe gauche enflée. La peau était tendue sur ce gonflement. Mais tous ces phénomènes disparaissaient au repos. En 1893, un jour où il avait fatigué plus que de coutume, il sentit en rentrant chez lui que son pied et la partie inférieure de la jambe étaient mouillés. Il se déchaussa et il constata que sa chaussette était pleine de sang. Ce sang provenait d'une ulcération, grande comme une pièce de 50 centimes, située sur le tiers inférieur de la face interne du tibia.

Il entre aussitôt à l'hôpital, où son ulcère est traité par des pansements. Au bout de six semaines, il est guéri.

Deux ans après, en 1895, un nouvel ulcère se forme sur la face externe de la jambe, à la hauteur du tiers inférieur du péroné. Le malade revient à l'hôpital. Grâce à des pansements, il est guéri en un mois. Depuis ce moment-là, sa peau reste colorée en bleu-noir dans toute la moitié inférieure de la jambe.

Jusqu'en 1900, aucun nouvel accident ne se produit et le malade n'a que des œdèmes, le soir, accompagnés de légères douleurs. A cette époque, une ulcération se forme sur la face externe de la jambe, à la place de l'ancienne. Le malade ne pouvant prendre de repos, l'ulcération grandit et depuis six ans et demi n'a jamais eu aucune tendance à se cicatriser.

Dans les antécédents personnels du malade, on doit noter deux abcès froids qu'il eut dans sa jeunesse, l'un au niveau du triangle de Scarpa gauche, l'autre dans la région de l'articulation sacro-iliaque du même côté. Ces abcès furent incisés, mais leurs traces sont très visibles aujourd'hui.

Examen le 7 avril 1907. — La région du triangle de Scarpa est le siège de grosses varices. Ces varices ne siègent pas sur le tronc de la saphène interne qui, à ce niveau, est normal. Elles siègent sur des collatérales de la saphène, collatérales qui ont une direction transversale, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe du membre. Il y a là quatre ou cinq troncs variqueux.

La saphène interne ne commence à être dilatée que vers le milieu de la cuisse. Elle apparaît alors nettement sous la peau, mais elle ne décrit pas de flexuosités et sa dilatation est uniformément cylindrique.

Elle se jette, au niveau de la jarrettière, dans un paquet variqueux, qui n'est pas visible sous la peau, mais qu'on palpe très aisément. Ce paquet paraît descendre sur la jambe, en traversant sa face antérieure, pour aller se terminer au pourtour de l'ulcère. Mais il est peu volumineux, sauf au niveau de la jarrettière; au-dessous, il se réduit à quelques troncs.

L'ulcération est très étendue, elle occupe toute la moitié inférieure de la jambe sur son côté externe. Sa forme est oblongue, à grand axe vertical. Elle mesure 12 centimètres de hauteur et 9 centimètres de largeur. Dans sa partie inférieure, elle est plus étranglée latéralement et sa largeur n'est plus que de 4 centimètres.

Enfin on constate un peu partout un réseau veineux dont les branches sont un peu plus volumineuses qu'à l'état normal.

La peau de la jambe dans ses deux tiers inférieurs est en très mauvais état (coloration noirâtre, sèche, squameuse, parcheminée).

Le pied est très œdématié et présente quelques petites varicosités.

Signalons enfin les douleurs violentes qu'éprouve le malade, douleurs qui l'empêchent d'appuyer le pied sur le sol.

Tous les autres organes sont sains, sauf les poumons, au niveau desquels on trouve de la congestion des deux sommets.

Opération le 8 avril 1907. — La persistance de l'ulcère et les douleurs indiquent l'opération,

La saphène interne est extirpée depuis sa crosse jusqu'à l'extrémité supérieure du tibia. On lie, après les avoir disséquées, les collatérales qui se jettent dans son extrémité supérieure. Un lambeau cutané, large d'environ deux centimètres, a été enlevé tout le long de la plaie opératoire, afin de rendre la peau de la cuisse plus étroite et exercer une sorte de contention sur les veines sous-cutanées.

Le mauvais état de la peau de la jambe et le réseau veineux trop disséminé qui y existe déterminent le Dr Courtin à faire une incision circulaire au niveau du milieu du mollet. Cette incision permet de découvrir le paquet variqueux qui est moins considérable qu'on ne le pensait. Toutes les veines siégeant dans la plaie sont liées.

Cette incision n'est pas suturée. L'autre est réunie à l'aide d'agrafes métalliques.

12 avril : Premier pansement. L'extrémité inférieure de l'incision supérieure est un peu rouge. Deux agrafes sont enlevées. Avec un stylet on écarte les lèvres de la plaie. Ils sort une goutte de pus. Le reste de l'incision est en parfait état. L'incision circonférentielle est également en bon état. Les deux lèvres de la plaie sont séparées par une distance de deux centimètres. Quant à l'ulcère, bien que son étendue soit la même, on remarque à son niveau une modification de bon aloi. Son fond, qui était grisâtre, blafard, est maintenant rouge, couvert de bourgeons charnus qui saignent facilement.

14 avril : On enlève une agrafe sur deux. Le point de suppuration est guéri. L'incision circonférentielle bourgeonne bien. Pas de modifications de l'ulcère.

19 avril : Toutes les agrafes sont enlevées. L'ulcère s'est notablement amélioré. Un liseré l'envahit de la périphérie vers le centre. En outre, toute la surface de l'ulcère est recouverte d'ilots blanchâtres d'épidermisation.

22 avril : Cicatrisation complète de la plaie opératoire. L'ulcère a fait des progrès surprenants vers la guérison. Il est presque guéri sauf deux petits ilots à peine grands comme une pièce de 0 fr. 50.

26 avril : L'ulcère est tout à fait guéri. La cicatrisation de la plaie circulaire n'est pas totalement terminée.

6 mai : L'incision circulaire est tout à fait guérie et le malade va quitter l'hôpital dans quelques jours.

OBSERVATION IV (personnelle).

Varices du membre inférieur droit et ulcère variqueux. — Extirpation étendue de la saphène interne et incision circulaire de la jambe.

B..., 52 ans, terrassier, entre à l'hôpital Saint-André, salle 11, dans le service de M. le professeur agrégé Chavannaz.

Antécédents personnels. — Le malade n'est ni buveur, ni fumeur, mais il fait un métier très pénible, qui l'oblige à rester debout presque toute la journée. Fièvre typhoïde grave en 1892.

Histoire de la maladie. — En 1892, il eut, à la suite de sa fièvre typhoïde, une phlébite à la jambe droite. Il guérit très bien de cette phlébite, mais, quelque temps après, il commença à s'apercevoir que les veines de sa jambe devenaient un peu volumineuses. Les veines étaient surtout volumineuses pendant la station debout et après les fatigues de la journée. Tout d'abord, il n'y attacha aucune importance, pensant qu'il s'agissait d'accidents consécutifs à sa phlébite, accidents qui peu à peu disparaîtraient. Au contraire, la dilatation veineuse augmenta et bientôt il vit se former, à la face interne de la jambe, une ulcération. Ayant consulté un médecin, il apprit que cette ulcération était due à des varices. Il fut traité par des pansements et au bout d'un mois et demi environ il fut guéri de son ulcère.

Mais cette ulcération se reproduisit en même temps que ses varices augmentaient de volume. Depuis 1892 jusqu'à aujourd'hui, il eut ainsi une dizaine d'ulcérations qui guérissent alternativement dans un laps de temps variant de un mois et demi à deux mois. Cependant les dernières ulcérations furent plus rebelles à la guérison.

En même temps, le membre était le siège de gonflement, surtout après les fatigues ou la station debout prolongée. Le malade y éprouve une sensation de lourdeur, des fourmillements et il en résulte une certaine impotence fonctionnelle parfois très marquée, principalement le soir après le travail de la journée.

Malgré tout, le malade a pu continuer son métier, mais il est très fatigué. Depuis une dizaine de jours une nouvelle plaie s'est ouverte sur la face interne de la jambe, ce qui décide le malade à venir à l'hôpital.

Etat actuel le 15 janvier 1907. — Sur la cuisse droite du malade, on remarque de grosses varices sur le trajet de la saphène interne, qui est très dilatée et présente des renflements moniliformes. La dilatation de la saphène est surtout très marquée au niveau du condyle interne du fémur. Les veines de la jambe sont également très dilatées, mais moins qu'à la cuisse. Il n'y a pas de paquets variqueux, formant une tumeur.

A la partie interne et moyenne de la jambe se trouve une ulcération présentant tous les caractères de l'ulcération variqueuse. Elle est peu profonde, et sa dimension est celle d'une pièce de 5 francs.

La peau de toute la région entourant l'ulcère est colorée fortement en brun rougeâtre. De plus, cette peau a perdu sa souplesse normale ; elle est dure et donne entre les doigts la sensation d'une feuille de parchemin.

On ne trouve pas le signe de Trendelenburg.

Cœur bon. Rien aux poumons. Excellent état général.

Opération le 18 janvier 1907. — La saphène interne est liée un peu au-dessous de son embouchure et au niveau du genou au-dessous de la dilatation variqueuse. Elle est ensuite sectionnée et extirpée.

A la jambe on fait deux incisions transversales semi-circulaires, l'une au niveau de la jarretière, l'autre à quelques centimètres au-dessous de l'ulcère. Toutes les veines mises à découvert par ces deux incisions sont liées et sectionnées.

La suture des téguments est faite sur la cuisse à l'aide de crins de Florence. Quant aux incisions de la jambe, elles ne sont pas suturées pour laisser plus d'élasticité à la peau, qui est, en cet endroit, en fort mauvais état.

22 janvier : Premier pansement ; plaie en parfait état ; l'ulcération est en bonne voie de cicatrisation.

26 janvier : Nouveau pansement, amélioration très grande de l'ulcère.

28 janvier : Ulcération presque entièrement cicatrisée.

30 janvier : Cicatrisation totale de l'ulcère.

5 février : On enlève les crins ; réunion *per primam*.

Le malade sort guéri le 20 février.

OBSERVATION V (personnelle).

Varices du membre inférieur droit. — Ulcère variqueux. — Extirpation étendue de la saphène interne.

Jean C..., arrimeur, 58 ans, entre le 5 janvier 1907 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Villar, pour des varices.

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Histoire de la maladie. — Le malade s'aperçut d'un commencement de dilatation variqueuse sur les veines du membre inférieur droit, vers l'âge de 34 ans. Les varices, au début, furent peu gênantes mais elles grossirent assez rapidement et le malade vers l'âge de 39 ans commença à constater de l'œdème de la jambe, le soir après le travail. Il porta un bas à varices et il en éprouva un grand soulagement.

Malgré le port du bas, il eut un ulcère à 45 ans; cet ulcère dura huit mois.

Rien de spécial ne se produit jusqu'à ces dernières années. A ce moment, les varices sont devenues très douloureuses. Un autre ulcère vient de s'ouvrir sur la face interne de la jambe droite et depuis un an ne guérit pas. Le malade ne peut plus travailler que très péniblement et il vient à l'hôpital pour se faire opérer.

Etat actuel le 16 janvier 1907. — On remarque sur la cuisse droite une assez volumineuse dilatation du tronc de la saphène interne. Elle ne décrit que quelques légères flexuosités, mais elle porte dans le tiers inférieur de la cuisse une volumineuse dilatation ampul-laire.

A la jambe, la saphène est également variqueuse, mais elle reçoit un assez grand nombre de collatérales, assez grosses et très flexueuses. De plus, le tronc saphénien n'est plus unique. Il se divise vers le tiers moyen de la jambe en trois ou quatre branches qui forment un petit paquet variqueux.

Ce paquet est contigu à un ulcère situé sur la face interne du membre, à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen de la jambe.

L'ulcération a la dimension d'une pièce de 5 francs environ. La peau qui l'entoure est violacée, un peu sèche, mais elle est encore souple et élastique.

Signe de Trendelenburg très net.

Sur le pied, on trouve quelques varicosités de moindre importance. Œdème de toute cette région.

Pas de varices de la saphène externe. Le malade jouit d'une excellente santé et ne se plaint que des douleurs occasionnées par ses varices. Tous ses autres organes fonctionnent normalement.

Opération le 17 janvier. — Résection de la saphène interne dans presque toute sa longueur (depuis 4 à 5 cent. au-dessous de sa crosse jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ulcère). Ligatures et résections des collatérales les plus importantes. La plaie est suturée aux crins de Florence.

Les suites opératoires sont très simples : la réunion se fait par première intention. Les fils sont enlevés au dixième jour. L'ulcère est tout à fait guéri au douzième jour.

Le malade se lève 22 jours après l'opération. Il sort de l'hôpital le 20 février.

Nous avons revu ce malade le 2 juin. Il ne souffre plus et, depuis sa sortie de l'hôpital, il a pu reprendre son pénible métier, à Pauillac, sans être incommodé par son infirmité.

OBSERVATION VI (personnelle).

Varices et ulcère variqueux du membre inférieur gauche. — Extirpation totale de la saphène interne.

Félix M..., 41 ans, fabricant d'outils, entre à l'hôpital Saint-André, salle 11 bis, dans le service de M. le professeur Villar, alors remplacé par M. le Dr Rocher.

Histoire de la maladie. — Le commencement de son affection remonte à une dizaine d'années. Les varices débutèrent par la face interne de la jambe, puis, peu à peu, les veines de la cuisse se prenaient et enfin, au bout de quelque temps, les varices occupaient tout le trajet de la saphène interne. Le malade éprouvait en outre des

douleurs assez vives dans le mollet, douleurs qui l'obligeaient à s'arrêter de travailler plusieurs fois dans la journée, afin de prendre un peu de repos. Disons que le malade travaillait toujours debout.

Pour remédier à cet état de choses, le malade, sur le conseil de son médecin, prend un bas élastique. Grâce à ce traitement, les douleurs s'atténuent, au point que le malade peut travailler sans faire de pauses. Mais les varices continuent à augmenter.

Il y a quatre ans, un abcès se forma sur la face interne de la jambe, au niveau de la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen. Il entre à l'hôpital. L'abcès est incisé et drainé; le malade sort guéri au bout de quarante-deux jours. Il reprend son travail, mais peu de temps après, il se forme à la place de l'abcès une petite plaie qui augmenté d'étendue de jour en jour. Cette plaie, au bout de quelque temps, atteint environ 6 centimètres de haut, sur 3 ou 4 de large.

Le malade revient alors à l'hôpital en 1905, dans le service de M. le professeur Demons. On lui fait des pansements et il sort guéri au bout d'un mois environ.

A peine a-t-il repris son travail, l'ulcération réapparaît et devient aussi grande qu'auparavant. Le malade garde son ulcère, sans le traiter convenablement, pendant un an. Mais il finit par être très gêné et dans l'impossibilité de continuer son travail.

Il rentre alors à l'hôpital, salle 11 bis, le 5 septembre 1906.

Dans ses antécédents héréditaires, on doit noter que son père est mort à 55 ans de tuberculose pulmonaire, et que sa mère, âgée actuellement de 57 ans, est atteinte de la même maladie.

Rien de spécial dans ses antécédents personnels, sauf une cirrhose atrophique du f i e peu avancée.

Etat actuel le 10 septembre 1906. — La saphène interne est variqueuse dans son trajet sur la cuisse. Elle est très volumineuse et décrit quelques flexuosités. De loin en loin, on remarque quelques endroits où la dilatation est ampullaire.

A la jambe, existe un paquet variqueux commençant un peu au-dessous de l'interligne articulaire du genou, sur sa face interne, et descendant le long de la jambe, jusqu'au niveau de l'ulcère. Au-dessous de ce dernier, on voit quelques varices moins importantes siégeant autour de la malléole interne et sur le pied.

La tumeur variqueuse a des limites assez peu nettes. La peau à son niveau n'est pas normale. Elle est fortement colorée en brun ; elle est très mince et très adhérente au paquet variqueux sous-jacent.

A la jonction du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe existe un ulcère qui a tous les caractères de l'ulcération variqueuse. Cet ulcère, dont la forme est elliptique, a son grand axe dirigé de haut en bas. Il mesure de 6 à 7 centimètres de haut sur 4 de large.

Signe de Trendelenburg très net.

Rien de particulier à signaler du côté des autres organes, sauf la cirrhose du foie précédemment signalée.

Opération le 13 septembre 1906. — Incision le long de la saphène interne à la cuisse. Section et ligature de la veine au niveau de sa crosse. Dissection du tronc veineux dans toute sa longueur. A la jambe, la tumeur variqueuse dans laquelle se jette la saphène est extirpée. En somme, les varices ont été enlevées par une seule incision partant de la crosse de la saphène et aboutissant à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ulcère. La partie située au-dessous est insignifiante et n'est pas touchée.

Sutures avec des agrafes de Michel.

16 septembre : Pansement, plaie en excellent état. L'ulcération n'a pas diminué d'étendue, mais son aspect est meilleur.

21 septembre : On enlève les agrafes. Ulcère réduit d'un tiers à peu près.

30 septembre : Plaie cicatrisée par première intention. L'ulcération a diminué de moitié.

Dans les jours qui suivent, l'ulcération finit de se cicatriser et le malade sort guéri le 22 octobre 1906.

Nous revoyons le malade un mois après avec le professeur Villar. On constate, dans la partie inférieure de l'incision, une petite perte de substance qui, paraît-il, existe depuis l'opération. Huit jours après, nous revoyons le malade qui se plaint de violentes douleurs dans sa jambe. On voit qu'il existe sur tout le membre inférieur de la lymphangite avec menace de phlegmon. Grâce à de larges pansements humides, cette menace est conjurée et il en est quitte pour un petit abcès sur la face interne du genou, abcès qui est incisé et qui guérit fort bien.

Ces accidents infectieux, dont le point de départ est la plaie de sa jambe, sont facilement explicables. Le malade se soigne très mal. Il panse lui-même sa jambe avec des linges d'une propreté douteuse et ne prend aucun soin de son mal. De temps en temps il vient au service des pansements externes à l'hôpital, où un pansement mieux fait lui est appliqué, mais il ne veut suivre aucun des conseils que lui donne le médecin qui s'occupe de lui.

Il était intéressant de rechercher si cette plaie était d'origine variqueuse ou simplement d'origine infectieuse. Nous ne pensons pas que cette ulcération soit une récurrence d'ulcère variqueux pour les raisons suivantes : un ulcère récidivant après l'intervention aurait dû se montrer sur le point où les tissus ont le moins de vitalité, c'est-à-dire sur l'emplacement de l'ancien ulcère. Or l'ulcération siège au-dessus de lui et la cicatrice de l'ulcère variqueux est parfaite. De plus, cette plaie ne présente pas les caractères de l'ulcère variqueux, mais bien ceux d'un ulcère simple entretenu ouvert par la malpropreté. Enfin, son siège dans la partie inférieure de la cicatrice opératoire, c'est-à-dire dans un endroit privé de vaisseaux veineux, doit faire écarter l'hypothèse d'une ulcération d'origine variqueuse.

Pour avoir plus de sûreté, nous avons vu M. le Dr Rocher qui nous a éclairé sur l'origine de cette plaie. La dissection du paquet variqueux fut très difficile à cause de son adhérence intime à la peau. Il fut obligé de raser de très près les téguments, tellement que ceux-ci étaient, après l'ablation de la tumeur, extrêmement minces. On ne pouvait pas compter sur une reprise de vitalité de ces tissus ; d'autre part, on ne pouvait faire de résection de la peau à cause de l'étendue du mal. Le Dr Rocher fut donc obligé de faire une suture simple de la peau ; mais ce qu'il avait prévu arriva. Une partie des téguments se sphacélèrent et il se produisit une perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs.

Le malade, pour des raisons tout à fait personnelles, voulut quitter l'hôpital avant d'être guéri. Nous avons dit quels soins plutôt sommaires il reçut chez lui.

Cette observation est donc très intéressante, car le malade ne se plaint plus de la gêne apportée par ses varices et il n'a pas eu de récurrences au moment où nous le voyons (mars 1907).

Nous revoyons le malade en juin 1907, c'est-à-dire neuf mois environ après l'opération. La plaie de la jambe est cicatrisée et la guérison de ses varices se maintient intacte.

OBSERVATION VII (personnelle).

Varices du membre inférieur droit. — Extirpation totale de la saphène interne.

Jean M..., 56 ans, boucher, entre à l'hôpital Saint-André, salle 11 bis, le 1^{er} avril 1907, dans le service de M. le professeur Villar.

Dans les antécédents héréditaires du malade, on doit noter que sa mère avait des varices.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels.

Histoire de la maladie. — Le malade dit avoir eu ses varices depuis sa jeunesse. Il ne peut préciser à quelle époque elles apparurent, mais il sait qu'à 15 ans il avait une dilatation veineuse assez marquée. A 21 ans, il fut réformé au régiment, à cause de cette maladie.

Il ne fut jamais préoccupé par son mal et ne fit aucun traitement. Mais dans ces dernières années, il voit ses varices devenir très volumineuses et il craint, avec juste raison, qu'il lui arrive quelque complication. De plus, ses varices, qui jusque-là avaient été indolentes, deviennent douloureuses. Au début, il ne ressent qu'une sensation de lourdeur dans le mollet, mais peu à peu cette gêne devient pénible et il a dans le mollet des crampes très douloureuses qui surviennent pendant la nuit ou bien à l'occasion de la fatigue. Enfin, il remarque que, tous les soirs, son membre inférieur est très enflé, en même temps qu'il est le siège de fourmillements très désagréables. Pendant quelque temps, il essaya de calmer tous ces phénomènes par le repos de quelques jours. Ce moyen lui réussit parfaitement; mais comme il est obligé de travailler et que son métier de garçon boucher l'oblige à rester debout et à fatiguer toute la journée, il vient demander une intervention pour le débarrasser de son mal.

Examen le 2 avril 1907. — La saphène interne à la cuisse est très apparente. Elle est très dilatée, mais elle est absolument isolée; aucun autre tronc veineux ne l'accompagne et elle ne reçoit aucune

collatérale. De plus, elle est peu flexueuse. Si nous la suivons de haut en bas, on remarque, à 4 centimètres au-dessous de sa crosse, une grosse ampoule (la portion située au-dessus est tout à fait saine). Au-dessous de cette ampoule, la saphène est régulièrement calibrée, mais très dilatée (dilatation cylindrique). Elle suit un trajet rectiligne jusqu'au milieu de la cuisse, où elle décrit deux flexuosités, en même temps qu'elle se dilate en ampoules moins considérables que la première. Elle reprend ensuite son trajet rectiligne et sa dilatation uniformément cylindrique jusqu'au niveau du plateau tibial interne. En cet endroit, la veine devient de nouveau ampullaire et se perd aussitôt dans un paquet variqueux qui occupe tout le tiers moyen de la face interne de la jambe. Ce paquet est formé de gros troncs veineux, très flexueux et présentant plusieurs ampoules. Ce paquet se résout au niveau du tiers moyen de la jambe, en quatre troncs moins volumineux qui viennent se perdre dans un réseau de varices moins importantes, occupant la région de la malléole interne. Outre cette varice de toute la longueur de la saphène interne, on remarque, partant du paquet variqueux du tiers moyen de la jambe, deux veines, très dilatées et très flexueuses, qui contournent la face interne de la jambe et viennent se terminer en arrière au milieu du mollet, à la même hauteur que leur point d'origine. Elles se joignent, au niveau de leur point terminus, à une veine moins volumineuse, mais extrêmement flexueuse, qui, partant d'un réseau variqueux de la région malléolaire externe, remonte le long de la jambe en suivant d'abord le bord externe du tendon d'Achille et ensuite l'interstice des deux jumeaux.

La face dorsale du pied est recouverte d'un fin réseau variqueux qui unit les deux réseaux malléolaires sus-mentionnés.

Pas d'ulcérations. Pas de modifications des téguments.

L'insuffisance valvulaire de la saphène est très évidente. Si, après avoir vidé les veines du malade en élevant son membre inférieur, on redresse son thorax, ses veines se remplissent. En vidant la veine de haut en bas par une pression digitale, on voit la veine se remplir très rapidement par son bout supérieur. Elle se remplit même plus vite que lorsqu'on la vide en exerçant une pression de bas en haut.

Le malade, en dehors des troubles fonctionnels précédemment

signalés, ne présente aucune lésion du côté de ses autres organes.

Opération le 6 avril 1907. — Je fis une incision partant de la crosse de la saphène interne et aboutissant sur le côté interne du condyle interne. Après avoir lié la saphène au niveau de son embouchure dans la fémorale, je la sectionnai et la disséquai sur toute la longueur de l'incision, en liant au fur et à mesure les collatérales qui étaient d'ailleurs fort peu nombreuses et peu importantes.

Je suturai ensuite cette plaie avec des crins de Florence.

Après avoir recouvert la plaie de compresses aseptiques, je prolongeai cette première incision le long de la face interne de la jambe jusqu'à deux centimètres au-dessus de la malléole interne. J'enlevai le paquet variqueux, après avoir lié un grand nombre de grosses collatérales et d'énormes perforantes. Parmi ces collatérales, je disséquai en particulier, en décollant la peau vers le mollet, les deux grosses veines qui se rendaient à la face postérieure de la jambe. J'eus le bonheur de pouvoir les disséquer et du même coup atteindre et extirper dans sa majeure partie la veine flexueuse qui suivait le trajet de la saphène externe.

Ceci étant fait, je continuai l'extirpation de la saphène interne jusqu'à la malléole où je la sectionnai.

Sutures et pansement aseptique sans drainage.

9 avril : Pansement. Plaie en très bon état.

17 avril : Les crins sont enlevés. La plaie est complètement cicatrisée et le malade va se lever dans deux jours.

Il sort guéri le 22 avril 1907.

Nous revoyons le malade le 8 juin (deux mois après), la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Varices de la jambe gauche avec ulcères variqueux. — Résections partielles de la saphène interne.

Jeanne C..., 45 ans, employée de magasin, entre salle 8, lit 19, le 8 avril 1907, pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit. Cette femme avait été opérée de varices, il y a deux ans, avec

résultat excellent. Nous avons pu reconstituer l'observation de cette maladie.

Dans les antécédents héréditaires de la malade, il n'y a rien de particulier à signaler.

Dans ses antécédents personnels, on trouve une fracture du radius gauche, en 1891, pour laquelle elle vint à l'hôpital où on lui fit une suture osseuse. La guérison est parfaite. Elle se fait une nouvelle fracture du radius du côté opposé, dans ces jours derniers, et c'est pour cela qu'elle est à l'hôpital. A noter des antécédents alcooliques.

Histoire de la maladie. — C'est vers l'âge de 34 ans que les varices apparurent. La malade, qui jusque-là avait été très bien réglée, voit ses règles s'arrêter brusquement, et, peu de temps après, apparaître des varices. Elle établit une relation de cause à effet entre les deux phénomènes. Les varices débutèrent par la face interne de la jambe gauche. Puis, peu à peu, elles augmentèrent de volume, mais restèrent cantonnées à la jambe. La malade avait, le soir, de l'œdème du pied et de la jambe, accompagné de douleurs plus ou moins vives. Vers l'âge de 37 ans, un ulcère se forma sur la face interne de la jambe, au niveau du tiers inférieur. Ce ne fut que très péniblement que cette ulcération parvint à guérir. Mais la présence de cet ulcère, les douleurs, le gonflement du membre à la moindre fatigue l'obligèrent à quitter son métier. Enfin, d'autres ulcérations ayant reparu, elle rentre à l'hôpital, six mois après leur apparition, en août 1903, dans le service de M. le professeur Demons, remplacé par M. le professeur agrégé Chavannaz.

A cette époque, l'examen de la malade donnait les renseignements suivants : La saphène interne à la cuisse est à peine dilatée. Elle est saine à peu de chose près. Elle se jette à la jambe dans un volumineux paquet variqueux, au niveau de la jarretière. Cette dernière portion de la saphène est dilatée et franchement variqueuse jusqu'au condyle interne du fémur. La tumeur variqueuse s'étend de haut en bas et de dedans en dehors sur la face interne et le bord antérieur de la jambe, jusqu'à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen. Elle est hérissée de nombreuses ampoules, très volumineuses, distendant fortement la peau, qui semble en imminence de se perforer.

Sur la jambe on trouve quatre ulcères, l'un, grand comme une

pièce de 2 francs, est situé sur la face externe de la jambe à 4 centimètres au dessus de la malléole externe. Les trois autres, grands comme une pièce de 0,50 cent., sont situés : un sur la crête du tibia à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen de cet os ; un autre, sur la crête du tibia, à 5 centimètres au-dessus de l'épine antérieure de cet os ; un autre, sur la face interne du tibia, au milieu de la jambe.

Quelques varicosités sur le pied.

Opération. — Août 1905 : On fait trois incisions, longues chacune de 7 à 8 centimètres. La première est située au milieu de la cuisse sur le trajet de la saphène ; la seconde sur le côté interne de l'articulation du genou ; la troisième, oblique, suit l'axe de la tumeur variqueuse, au milieu de la jambe.

Par chacune de ces incisions, on extirpe un tronçon veineux long de 10 centimètres. Par la troisième incision on résèque la tumeur variqueuse.

En somme, ces trois incisions suffisent pour enlever toutes les varices. La première extirpe même, par mesure de sûreté, un tronçon de saphène absolument sain. Cette opération équivaut à une extirpation étendue de la saphène.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade sortit, tout à fait guérie, un mois après l'intervention.

Nous revoyons la malade deux ans après. Il n'y a plus de traces de varices. Elle n'a jamais plus eu d'ulcères. Tous les troubles fonctionnels (œdème, *douleurs*) ont disparu. Cette femme a pu reprendre ses occupations, sans éprouver aucune gêne et elle ne cesse de répéter, « c'est un miracle, d'avoir été si bien guérie ».

OBSERVATION IX (personnelle).

Varices du membre inférieur gauche avec ulcères variqueux. — Extirpation très étendue de la saphène interne et de la saphène externe.

Paul D..., 43 ans, boulanger, entre à l'hôpital Saint-André, salle 11 bis, lit 21, le 25 avril 1907, dans le service de M. le professeur Villar.

Pas d'antécédents arthritiques.

Les varices ont commencé, vers l'âge de quinze à seize ans, par une dilatation des veines de la jambe, tant sur le membre inférieur droit que sur le gauche. Les varices augmentent progressivement et s'étendent à la cuisse. Cependant, elles ne sont pas très volumineuses, mais leur présence suffit pour faire rejeter le malade dans l'armée auxiliaire, à l'âge de vingt et un ans.

Depuis l'âge de vingt-cinq ans, les varices du membre gauche augmentent rapidement, tandis que celles du membre droit restent à peu près stationnaires. Vers l'âge de trente-cinq ans, elles ont acquis le volume qu'elles ont maintenant.

Il y a un mois, le malade a vu apparaître, sans cause, une ulcération siégeant sur la face postéro-interne du mollet gauche. Jamais auparavant il n'avait eu d'accidents semblables. Cette plaie provoque un prurit désagréable qui oblige le malade à se gratter fréquemment. Par suite de ce grattage, nous dit-il, deux autres ulcérations se forment dans le voisinage de la première, vers le tiers moyen de la face postérieure de la jambe. Il continue à travailler et se fait faire des pansements. Grâce à ce traitement, un ulcère guérit; un autre s'améliore, le troisième reste stationnaire. Il entre alors à l'hôpital.

Etat actuel le 25 avril 1907. — Sur la cuisse gauche, on aperçoit la saphène interne, qui est très volumineuse. Dans le triangle de Scarpa, au niveau de sa crosse, elle se dilate en ampoules et il existe là une sorte de tumeur variqueuse, tumeur dont le volume est encore augmenté par la présence de gros ganglions lymphatiques.

Jusqu'au condyle interne du fémur, la saphène ne présente qu'une grosse dilatation cylindrique, sauf au milieu de son trajet où il existe une ampoule grosse comme une noisette.

Au niveau du condyle interne, la saphène interne suit un trajet anormal; elle contourne le bord interne du membre pour venir se terminer au milieu du creux poplité. Il s'agit là, très probablement, de l'anastomose des deux saphènes ayant acquis une grosse importance, tandis que la saphène interne, à la jambe, est très petite. Cette anastomose a pris des dimensions énormes. Au moment où elle croise les tendons du demi-tendineux et du demi-membraneux, elle se dilate en deux grosses ampoules, formant une tumeur presque aussi grosse qu'une mandarine.

Du milieu du creux poplité, part une grosse veine variqueuse qui descend sur la face postérieure de la jambe et se termine au niveau des ulcères que nous décrirons tout à l'heure.

Sur la face interne de la jambe, on ne trouve pas de gros troncs; la veine saphène interne est même invisiblê. Il n'y a que de très petites varicosités.

Sur la face externe de la jambe, il y a également de petites varicosités, mais on trouve en outre un paquet de veines variqueuses, partant de là région de l'épine antéro-supérieure du tibia et qui, après avoir croisé la face externe de la jambe, vient se terminer auprès d'un ulcère siégeant sur le bord du jumeau externe, dans le tiers moyen de la jambe. Au point terminus de ce paquet existent des dilatations ampullaires.

Les ulcères sont au nombre de trois. Le premier siège au milieu de la face postérieure de la jambe à quatre travers de doigts de l'interligne articulaire du genou. C'est autour de lui que se termine la veine qui descend du creux poplité. Cet ulcère est cicatrisé.

Le second siège dans le tiers moyen de la jambe sur le bord interne du jumeau interne. Il est en bonne voie de guérison.

Le troisième, grand comme une pièce de deux francs, siège au tiers moyen de la jambe, sur le bord externe du jumeau externe. Cet ulcère est en plein développement.

Ces trois ulcères forment un triangle, dans lequel la peau est rouge, sèche, squameuse. Au milieu de ce triangle existe une ampoule variqueuse.

Enfin, tout le tiers inférieur de la jambe est le siège d'une rougeur cutanée, qui ressemble à de la lymphangite.

Signe de Trendelenburg très net.

Le malade n'éprouve aucun trouble fonctionnel, sauf un peu de fatigue et de l'œdème. Mais le volume de ses veines lui fait craindre, à juste titre, des complications et c'est pourquoi il réclame une intervention.

Du côté du membre inférieur droit, on trouve des varices nombreuses mais petites. Le malade désire qu'on n'y touche pas.

Opération le 2 mai 1907. — Nous fîmes une incision sur le trajet de la saphène interne, partant du milieu de l'arcade crurale puis pas-

sant en arrière du condyle interne du fémur et venant aboutir au niveau de l'interstice des deux jumeaux à peu près au milieu du mollet.

La saphène est très volumineuse avec de grosses dilatactions ampullaires. Elle est extirpée jusqu'au genou. A ce niveau, on quitte son tronc, qui est sain, et on suit l'anastomose saphéno-saphénienne, qui est très variqueuse. Cette anastomose est enlevée en même temps que toute la portion supérieure de la saphène externe (depuis sa terminaison jusqu'au milieu du mollet).

Suture de la plaie, moitié aux crins de Florence, moitié avec des agrafes de Michel. Pas de drainage.

6 mai : On enlève une agrafe sur deux. La plaie est en très bon état.

10 mai : Les autres agrafes sont enlevées.

20 mai : Les crins sont enlevés. La réunion de la plaie opératoire s'est faite *per primam*. Des trois ulcères, deux sont guéris; le troisième est presque cicatrisé. Le malade se lève.

2 juin : Le dernier ulcère est cicatrisé, mais il y a un petit décollement *épidermique* grand comme une pièce de 0 fr. 50 dans la région de l'ulcère. Ce décollement insignifiant n'est pas d'origine variqueuse. Il est guéri le 6 juin.

OBSERVATION X (personnelle).

Varices de la jambe gauche. — Ulcère variqueux. — Extirpation du paquet variqueux et d'une partie de la saphène externe, plus incision circonférentielle.

Pierre A..., 50 ans, manoeuvre, entre à l'hôpital Saint-André, salle 11 bis, dans le service de M. le professeur Villar.

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents.

Histoire de la maladie. — Le début des varices du malade remonte environ à l'âge de 30 ans. C'est à la suite des fatigues que comporte son métier qu'il vit se produire un commencement de dilatation veineuse sur la face interne de la jambe. Ces varices augmentèrent peu à peu de volume et le malade se décida à porter un bas élastique.

Mais au bout de quelques mois le bas ne maintenait plus sa jambe bien serrée et la dilatation veineuse s'accrut. A cette époque, un chien le mordit à la jambe; cette morsure fut insignifiante, il y eut à peine une petite éraflure de la peau. Mais, ce bobo qu'il négligea ne guérit pas et il se forma à ce niveau une ulcération qui augmenta de jour en jour.

Les soins que se donna le malade furent tout à fait insuffisants; l'ulcération continuant à progresser et entraînant des douleurs et des hémorrhagies assez importantes, le malade entra à l'hôpital. Il en ressortit guéri de son ulcération au bout d'un mois et demi. Ayant repris son travail, avec un nouveau bas élastique, il resta six mois sans accidents. — A la suite d'un coup qu'il se donna sur la jambe contre une caisse, l'ulcération se reforma. Ne voulant pas cesser de travailler pour des motifs pécuniaires, il se soigna par des pansements. Mais l'ulcération ne guérit pas et, depuis deux ans qu'elle a débuté, elle ne fait aucun progrès vers la guérison et rend tout travail presque impossible au malade. Il rentre de nouveau à l'hôpital.

Examen le 30 mars 1907. — Sur la jambe gauche du malade, au niveau de la jonction du tiers inférieur avec le tiers moyen, on trouve une ulcération grande comme une pièce de 5 fr. Cette ulcération siège sur la face interne du tibia. La peau qui avoisine l'ulcère est brunâtre et moins souple que la peau normale. Mais cette zone ne s'étend que sur une largeur de 2 centimètres. Partout ailleurs, la peau est en bon état. Du pourtour de l'ulcération partent de gros troncs veineux, qui remontent le long de la jambe en suivant une direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Ils croisent donc la face antérieure de la jambe et ils viennent aboutir au niveau de l'angle inférieur du losange poplité. Ces troncs veineux, très gros et très flexueux, sont en très grand nombre. Très rapprochés les uns des autres, ils constituent une véritable tumeur variqueuse, oblongue, prenant en écharpe les faces interne, antérieure et externe de la jambe. A la face postérieure, près de leur terminaison, on trouve plusieurs dilatations ampullaires dont deux sont, chacune, plus grosses qu'une noix.

La saphène interne n'apparaît pas sous la peau. Elle est saine.

La saphène externe est légèrement variqueuse, elle part d'un

réseau variqueux siégeant au niveau de la malléole externe et remonte sur la face postérieure de la jambe en décrivant de nombreuses flexuosités, pour venir se perdre au niveau des ampoules terminales du premier paquet variqueux.

Le pied avec toute la portion de la jambe avoisinant l'articulation tibio-tarsienne, est recouvert d'un fin réseau de petites veines dilatées.

Pas de signe de Trendelenburg.

Rien au cœur, aux poumons, aux reins.

Le malade éprouve quelques douleurs revêtant le type de crampes dans le mollet.

Opération le 6 avril 1907. — Incision oblique partant à quelques centimètres au-dessus de l'ulcère et allant se terminer au milieu du creux poplité. Après avoir sectionné les quelques veines qui apparaissent dans la partie inférieure de la plaie, je commençai la dissection de bas en haut. Mais auparavant, je disséquai sous la peau, à l'aide de la sonde cannelée, le bout inférieur des veines sectionnées de façon à les lier presque sur les bords de l'ulcère. Par ce moyen, je laissais la plaie assez loin du foyer infectieux et les veines étaient quand même enlevées au ras de l'ulcération. Reprenant ensuite la dissection première, j'enlevai sur toute la longueur de l'incision un véritable plexus veineux, constitué par des troncs extrêmement dilatés et très flexueux.

Arrivé au creux poplité, je liai les veines disséquées, veines qui se jetaient dans la saphène externe. Cette dernière étant également variqueuse, je pus l'extirper, toujours en me servant de la même incision, sur une longueur de 10 centimètres.

Sutures sans drainage.

La jambe étant sillonnée sur toutes ses faces par des veines un peu volumineuses mais absolument isolées les unes des autres, ce qui ne permettait pas de les extirper à moins de faire un nombre infini d'incisions, je me décidai à compléter l'opération en employant le procédé de Moreschi.

Je fis donc une incision circulaire au niveau de la jarrettière, incision qui croisait obliquement la première. Par ce moyen je mis à découvert un assez grand nombre de veines variqueuses que je liai

et extirpai en les disséquant sous chacun des lambeaux, sur une longueur variant de 5 à 6 centimètres.

Sutures sans drainage.

8 avril : Craignant qu'il n'y ait un peu de suintement sanguin, je fais le pansement. Plaie en très bon état. Mais, chose remarquable, l'ulcération évolue vers la guérison avec une rapidité incroyable. Elle s'est étranglée et il reste une petite plaie rectangulaire à grand axe vertical. Sa hauteur est de un centimètre et demi ; sa largeur n'est pas même d'un demi-centimètre.

10 avril : L'ulcération a complètement disparu. Malheureusement l'extrémité inférieure de l'incision s'est infectée. Il y a un peu d'écoulement séro-purulent. J'enlève deux points de suture et place un petit drain. Le reste de l'incision, ainsi que l'incision circulaire, sont en très bon état.

18 avril : Tous les points de suture sont enlevés. La suppuration est tout à fait tarie, mais l'extrémité inférieure de la plaie s'est ouverte sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Il y a là une perte de peau grande comme une pièce de 5 francs. Cette plaie est pansée à plat ; elle bourgeonne bien.

3 mai : La cicatrisation est complète. Le malade sort guéri complètement.

Nous revoyons le malade le 10 juin. La guérison est parfaite. Pas la moindre récurrence.

OBSERVATION XI (personnelle).

Varices du membre inférieur d. oit. — Ulcère. — Ligature de la saphène interne.

Pierre M..., 47 ans, jardinier, entre à l'hôpital Saint-André en mars 1903, pour des varices qui le gênent dans son travail.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Tout le monde dans sa famille est bien portant.

Antécédents personnels. — C'est un homme vigoureux, jouissant d'une excellente santé et qui n'a jamais eu de maladies graves. Cependant à 21 ans, pendant son service, il contracta la syphilis,

mais à part le chancre et la roséole, il n'a pas eu d'autres accidents.

Le malade, outre qu'il fume beaucoup, avoue qu'il s'est toujours adonné à l'alcool et particulièrement depuis cinq ou six ans, il n'a pu passer une soirée sans être en état d'ivresse.

On doit noter que la profession de cet homme l'oblige à se tenir debout presque continuellement; or, il exerce la profession de jardinier depuis l'âge de 18 ans.

Histoire de la maladie. — C'est à l'âge de 27 ans qu'il commença à s'apercevoir de traînées bleuâtres sur le tiers inférieur de sa cuisse droite, à la face interne. Il voit, peu à peu, sa veine saphène interne se dilater uniformément puis former de petites ampoules saillant sous les téguments. En même temps que ces tumeurs se forment, la veine devient flexueuse et des collatérales se dilatent à côté. A mesure que les veines de la cuisse augmentent, il constate que de pareilles dilatations se montrent sur les veines de la face interne de la jambe. Dès lors, les varices augmentent progressivement et il commence à ressentir une gêne quand il est debout. Cette simple sensation de gêne devient bientôt une véritable douleur, accompagnée de crampes également fort douloureuses. Une ulcération se forme au niveau du tiers inférieur de la jambe, sur sa face externe. C'est alors que le malade se décide à venir à l'hôpital.

Etat actuel : mars 1903. — Le membre inférieur droit est le siège de volumineuses varices tant sur la jambe que sur la cuisse. Les veines variqueuses appartiennent à la saphène interne et à ses collatérales. Au niveau du tiers inférieur de la cuisse, à l'endroit où le malade dit avoir vu débiter ses varices, existe une dilatation plus considérable. Les veines forment un véritable paquet variqueux.

A la jambe, on trouve, à l'endroit précédemment signalé, une ulcération grande comme 2 pièces de 5 francs, présentant tous les caractères de l'ulcération variqueuse type. Mais cette ulcération est superficielle et la peau qui l'entoure, sauf celle qui avoisine immédiatement ses bords, est saine.

Pas de signe de Trendelenburg. Pas de signe de phlébite variqueuse ou de thrombose veineuse. Pas d'œdème du membre, sauf un peu d'œdème du pied, le soir après la marche.

Le malade souffre de ses varices et c'est pourquoi il veut qu'on

T'en débarrassasse. Mais, lorsqu'il entend parler de résection totale de la veine, qui aurait été facile dans ce cas, il se refuse à ce traitement et ne veut accepter qu'une intervention moins considérable. On doit lui promettre de faire une simple ligature.

Opération. — Ligature de la veine saphène interne à quelques centimètres au-dessus du paquet variqueux de la cuisse.

La plaie opératoire cicatrisa en quelques jours.

L'ulcération avait disparu au vingtième jour et un mois après on ne trouvait plus de traces de varices.

Le malade sort guéri.

Nous avons revu ce malade trois ans après. Sa guérison ne fut pas définitive, car, un an après environ, il vit des varices plus petites se reproduire dans son membre inférieur droit et d'autres varices volumineuses apparaître dans son membre inférieur gauche.

Quand nous l'examinons, nous constatons à gauche de volumineuses varices avec un ulcère très étendu sur la jambe. A droite, du côté opéré, il existe également des varices volumineuses aussi grosses qu'il y a trois ans.

On lui propose de faire la résection des saphènes, tant d'un côté que de l'autre, mais il ne veut entendre parler d'aucune intervention. On institue un traitement palliatif.

OBSERVATION XII

TERRIER et ALGLAVE.

Résection double des saphènes du membre inférieur gauche, pour des varices récidivées après une opération par la méthode des ligatures étagées.

Le nommé Louis K..., âgé de 53 ans, ébéniste, entre à la Pitié, salle Michon, le 28 décembre 1905, pour des varices avec ulcères.

Ces varices sont apparues aux deux membres inférieurs vers l'âge de 16 ans; mais ce n'est que vers l'âge de 35 ans, c'est-à-dire en 1884-85, que les deux premiers ulcères de jambe sont apparus du côté gauche, sur le membre le plus atteint par les varices.

Dès ce moment là, le malade dut se faire soigner pour des ulcères

de petite dimension qui apparaissent, tantôt du côté interne, tantôt du côté externe de la jambe, soit un peu au-dessus, soit au niveau même, soit au-dessous des malléoles.

La douleur, la gêne fonctionnelle, l'impotence qu'entraînèrent les varices et les ulcères furent souvent assez grands pour arrêter le malade dans son travail d'ébéniste où la station debout est constante.

Sous l'influence des traitements essayés et du repos gardé, des améliorations momentanées furent obtenues ; mais quand le malade reprenait ses occupations, les mêmes lésions reparaissaient.

Après de longues années de ces alternatives, la marche et le travail étaient devenus si pénibles, que le malade se rendit à l'hôpital Cochin, au mois d'août 1905, pour réclamer un traitement chirurgical de son affection.

Il se rendit dans le service de M. le Dr Schwartz, où on lui fit des ligatures avec résection partielle de la saphène interne, à la partie moyenne de la cuisse, et au-dessus du condyle interne du fémur.

Cette opération donna une amélioration immédiate des douleurs et de la gêne fonctionnelle, et l'ulcère dont le malade était porteur guérit. Mais cette amélioration ne fut que momentanée ; trois mois après, au mois de novembre 1905, les douleurs reparaissent dans la jambe, en même temps qu'un nouvel ulcère se constituait sous la malléole externe, dans le territoire d'origine de la saphène externe.

Dans ces derniers temps, ayant entendu parler des opérations faites à la Pitié, contre les varices, il entra dans le service de M. Terrier, le 28 décembre 1905, réclamant une nouvelle intervention sur le membre déjà opéré. L'examen, à l'arrivée du malade, montre, quand il est debout, à la cuisse gauche, un peu en arrière du trajet de l'ancienne veine saphène interne, un tronc veineux sinueux et assez volumineux qui part de la jambe, où il naît de veines très variqueuses. Du même côté on trouve un tronc de saphène externe très variqueux, dans le territoire duquel existe un ulcère long de 3 à 4 centimètres et large de 1 à 2 suivant les points. Il est situé au voisinage de la malléole externe ; on trouve également du même côté un petit ulcère avec un eczéma périphérique, sur la face dorsale du quatrième orteil.

Du côté du membre inférieur droit, on ne note pas de grosses

varices dans le territoire de la saphène interne, mais on en trouve de volumineuses dans le territoire de la saphène externe.

Le malade a été opéré le 4 janvier 1906 par M. Alglave, qui fait une résection double et totale des saphènes du côté gauche. A la jambe, sur le trajet de la saphène interne, de nombreuses perforantes existent, dont deux très volumineuses. De même, dans le territoire de la saphène externe, on met à découvert quelques grosses perforantes qui siègent à la limite du tiers moyen et du tiers inférieur, et qui sont fermées par ligature.

Les plaies furent suturées aux crins de Florence.

Les suites opératoires furent on ne peut plus simples; au dixième jour, les crins profonds étaient enlevés; au douzième, les crins superficiels; au quinzième jour, le malade commençait à se lever un peu.

On lui faisait un peu de massage de ses cicatrices, et le vingt-deuxième jour il quittait l'hôpital guéri de ses ulcères et de ses varices.

Revu trois mois et demi après l'opération, le malade allait très bien et était absolument satisfait de l'état de son membre inférieur gauche.

OBSERVATION XIII

Due à l'obligeance de M. le professeur DUBREUILH.

Varices et ulcère variqueux du membre inférieur droit. — Résections étagées de la saphène. Greffes.

Jean A..., 60 ans, manœuvre, entre le 29 novembre 1905, salle A, lit 4, dans le service de M. le professeur Dubreuilh.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 40 ans d'une affection pulmonaire. Mère morte à 80 ans, asthmatique; elle avait des varices.

Six frères : trois bien portants; deux morts en bas âge, un mort d'accident.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans sa jeunesse. Il fait son service militaire en 1870. Un an après son service militaire, il vit se former sur la face antéro-interne de la cuisse, au tiers inférieur,

une tumeur molle qui, au bout de deux mois, atteignit le volume d'une orange et s'ouvrit spontanément. Il s'écoula une matière blanchâtre, crémeuse, sans odeur ; une fistule s'ensuivit et persista pendant un mois.

A 40 ans, il reçoit un coup de pied de cheval sur le genou droit. Il est guéri après un mois de repos.

Histoire de la maladie. — Il y a six ans, en brisant du plâtre solidifié, il reçut sur la jambe un éclat de cette matière et il se forma une plaie sur le tiers inférieur du membre. Cette plaie s'agrandit, suppura et finit par guérir au bout d'une année.

Six mois après, c'est-à-dire il y a quatre ans et demi, le malade s'écorche la jambe droite et il se forme une plaie occupant tout le tiers moyen de la jambe. Cette plaie ne guérit pas, le malade recevant journellement dans l'exercice de sa pénible profession de manœuvre de multiples traumatismes. Elle gagna en largeur et en hauteur et devint l'ulcère qui amène aujourd'hui le malade à l'hôpital.

Pas de syphilis.

Etat actuel le 2 décembre 1905. — A l'inspection de la cuisse gauche, nous relevons au point signalé précédemment, une cicatrice infundibuliforme qui rétracte la peau ; au-dessous, il y a deux cicatrices de furoncles récents.

Le malade étant couché, on ne relève rien d'anormal du côté de ses veines, mais si on le fait lever, on voit les veines des membres inférieurs entrer en turgescence et présenter des dilatations variqueuses. Très légères sur le membre gauche, elles intéressent les deux saphènes à la jambe seulement. A droite, elles sont particulièrement abondantes à la région antéro-interne, interne et postérieure du genou et à la partie supérieure de la jambe. On constate là un paquet de veines de grosseurs variables, formant un lacis complexe.

La saphène interne à la cuisse ne présente pas de dilatation bien perceptible à la vue ; mais, au toucher, on lui trouve une turgescence anormale et quelques dilatations ampullaires.

Sur la jambe droite, on trouve un ulcère siégeant sur la face antérieure de la partie moyenne. Comme forme il rappelle celle d'un drapeau. Il a donc une partie horizontale qui mesure 7 centimètres

de large et 4 de haut et une portion verticale qui descend vers la malléole interne, s'arrêtant à 10 centimètres au-dessus de sa pointe.

Les bords de l'ulcère sont d'un gris bleuâtre, irréguliers, adhérents, terminés par une bordure de cicatrisation qui s'est formée depuis deux ou trois jours qu'il est à l'hôpital; ils sont indolores à la pression.

Le fond est rouge, saignant facilement, suintant continuellement.

Le pourtour de l'ulcère présente une vaste surface de tissu cicatriciel. La peau, violacée, est peu souple, adhérente aux plans profonds, dépourvue de poils et de glandes. La surface est lisse et tendue.

Pas d'œdème ni de troubles trophiques importants.

Pas de douleurs pendant la marche.

Rien à signaler du côté des autres organes, sauf une névralgie sciatique qui dure depuis un an et demi.

Opération. — Par une première incision, on extirpe un fragment de saphène de 4 centimètres. Par une nouvelle incision, on extirpe un second fragment depuis l'interligne articulaire du genou jusqu'à la cicatrice de la jambe, sur une longueur de 15 centimètres.

Drainage et sutures.

Râclage de tous les bourgeons charnus de l'ulcère. Malgré un suintement sanguin assez abondant et difficile à arrêter, on applique trois greffes de Thiersch couvrant toute la plaie.

19 décembre : Plaie opératoire en excellent état. Les greffes sont prises dans leur presque totalité; les bords seuls sont nécrosés.

21 décembre : Ablation des sutures.

23 décembre : Plaie opératoire complètement guérie. L'ulcère se cicatrise lentement. Les greffes tiennent parfaitement.

6 janvier : Ulcération guérie. Le malade étant debout, on trouve encore quelques varicosités très petites sur la tubérosité du tibia et le creux poplité.

30 janvier : La place des ulcères passés est occupée par une grande cicatrice. Les cicatrices opératoires sont linéaires, minces et souples. Entre les deux résections, on ne sent plus de cordon veineux. Au-dessus de la résection supérieure, la saphène semble avoir disparu. On ne trouve plus de traces de varices. Pas de gonflement ni de cyanose du pied pendant la marche.

Juin 1907 : Nous avons recherché ce malade; il est parti dans les Pyrénées, mais nous avons pu voir la famille. Nous avons appris qu'il n'avait pas eu de récidives de ses varices ou de ses ulcères et que, depuis l'opération, il sentait son membre plus léger, plus souple et n'éprouvait plus aucune gêne.

OBSERVATION XIV

Due à l'obligeance de M. le professeur DUBREUILH.

Varices du membre inférieur droit et ulcères variqueux. — Opération de Schwartz (ligatures et résections étagées).

Frédéric M..., 70 ans, ligotier, entre le 27 mai 1903, salle A, lit 2, à l'Hôpital du Tondu, dans le service de M. le professeur Dubreuilh.

Le malade vient à l'hôpital pour soigner un eczéma s'étendant sur toute la hauteur de la jambe droite. Sur ce membre on aperçoit çà et là de petits ulcères variqueux en voie de guérison. Le malade fait remonter le début de ses ulcères à dix ans.

La saphène interne droite est variqueuse sur tout son trajet.

Le 29 juin, l'eczéma est grandement amélioré et on opère le malade de ses varices.

On fait une première incision de quatre centimètres un peu au-dessous de l'embouchure de la saphène interne, incision oblique en bas et en dedans. On place deux ligatures au catgut sur la saphène, aux deux extrémités de l'incision et le segment intermédiaire est extirpé. Au niveau du quart inférieur de la cuisse, on pratique une nouvelle incision de cinq centimètres; deux ligatures sont également placées sur la saphène et le segment intermédiaire est enlevé.

16 juillet : La plaie opératoire et les ulcères sont guéris. Il n'y a plus de dilatation veineuse au-dessous de la plaie.

Le malade quitte l'hôpital le 17 juillet 1903.

On revoit le malade le 24 janvier 1906, près de sept mois après l'opération. Il déclare que depuis qu'il a été opéré, son membre inférieur droit s'est raccourci et qu'il est devenu beaucoup plus faible, surtout en ce qui concerne les mouvements de la cuisse. On remarque, en effet, que la cuisse droite est moins grosse que la gauche et

que le raccourcissement, très apparent quand il est debout, se réduit à un centimètre tout au plus quand on pratique une mensuration exacte. Les mouvements de la hanche sont parfaitement libres; pas de douleur ni de déformation de la région. Malgré la gêne apparente de la marche, l'exploration de la force des groupes musculaires différents ne montre aucune différence entre les deux côtés droit et gauche.

Les cicatrices des résections sont souples et normales, non douloureuses. Dans l'intervalle des deux résections, la veine saphène interne *s'est recanalisée et quand il est debout on voit la veine se gonfler, et s'affaisser lorsqu'il est couché.* Pas de varices sur la jambe; mais elle est dans son entier un peu dure avec une peau tendue, squameuse et d'un brun violacé.

Le pied est également un peu congestionné dans la station debout. Il n'y a pas eu de récidence des ulcères.

En somme, les troubles moteurs dont se plaint le malade sont évidemment indépendants de l'acte opératoire et très probablement liés à quelque ancienne lésion articulaire, ainsi qu'à l'âge avancé du sujet.

Sur l'autre jambe, les varices persistent abondantes.

OBSERVATION XV

TERRIER et ALGLAVE.

Résection totale et double des saphènes pour varices du membre inférieur gauche.

Le nommé Charles V..., âgé de 47 ans, employé de commerce, entre à la Pitié, salle Michon, le 22 novembre 1904, pour des varices dont il souffre beaucoup depuis quelques semaines surtout.

Il y a vingt ans environ, il a remarqué que de grosses veines variqueuses se dessinaient sur ses jambes. Peu à peu, à mesure qu'elles augmentaient, elles occasionnaient de la lourdeur et une fatigue plus facile à la marche.

Depuis deux ans, le malade en souffre davantage; il a de l'engourdissement des jambes, des picotements et des crampes dans les mollets, de l'œdème autour des malléoles, autant de symptômes que le repos ne suffit pas toujours à dissiper.

Dans ces dernières semaines, les douleurs sont devenues telles que le malade vient à l'hôpital réclamer un soulagement.

A l'examen des membres, on voit, à gauche, des dilatations variqueuses sur tout le trajet des saphènes interne et externe, irrégulières et ampullaires et qui s'étendent à toute la hauteur du membre, mais surtout à la jambe et au tiers inférieur de la cuisse.

Au mollet, on trouve dans les deux territoires saphéniens des cordons variqueux très volumineux, très sinueux, ampullaires et indurés en certains points.

Au membre droit, il existe également des varices dans ces territoires; mais elles sont moins développées qu'au membre gauche; encore sont-elles plus accentuées dans le territoire externe que dans le territoire interne.

En raison des douleurs qu'il ressent et de l'impotence fonctionnelle presque absolue qu'il éprouve à certains jours, le malade, qui est très intelligent, accepte l'idée d'une résection double des saphènes de son membre gauche. Cette opération est faite par M. Alglave, le 28 novembre 1904, et, dans une même séance, les deux saphènes sont enlevées en totalité avec le plus possible des grosses branches collatérales qui s'y jettent.

Dix-huit jours après, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri de ses varices et fort satisfait du profond soulagement que lui donnait l'opération.

OBSERVATION XVI

VILLAR, LUTAUD.

Varices du membre inférieur droit. — Extirpation très étendue.

J. M..., manœuvre, 61 ans, entre le 6 décembre 1903 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Villar, salle 11 bis, lit 26, pour se faire opérer de varices devenues douloureuses.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort de la pierre à l'âge de 56 ans. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade a depuis quelques années des crises d'asthme, il a été soigné pour une de ces crises à l'hôpital

Saint-André, au mois d'octobre dernier. Le malade a, depuis quelques années également, des douleurs rhumatismales, mais qui ne l'ont jamais arrêté dans son travail.

Le malade porte des varices à la jambe droite depuis 1874. Les varices, d'abord peu accentuées, ont grossi insensiblement, et quatre ans après le début de l'affection, les jambes ont commencé à enfler le soir après les fatigues de la journée. Ce gonflement débutait par la région malléolaire et s'étendait parfois jusqu'au genou ne déterminant pas de douleurs. Le malade ne se plaignait que d'une sensation de pesanteur dans les jambes.

Depuis son entrée à l'hôpital, le 17 octobre, le malade a remarqué que le gonflement qui survenait le soir avait disparu. Mais, il y a quelque temps, il a ressenti, quand il marchait et même souvent quand il restait étendu, des douleurs lancinantes dans la partie supérieure et interne de la jambe; il a remarqué en même temps qu'un paquet variqueux qu'il portait à la partie supérieure et interne de la jambe était devenu brusquement plus volumineux.

Le malade a également des varices à la jambe gauche; elles ont débuté longtemps après celles de la jambe droite; elles ont peu grossi depuis leur début et n'ont jamais causé de douleurs ou de gêne.

Etat actuel. — A la jambe droite, il existe quelques varicosités sur la face dorsale du pied et sur la face interne du cou-de-pied.

Il existe sur la face interne du genou, au niveau de l'ancienne jarretière, un paquet variqueux, volumineux, formant tumeur, de la grosseur d'une mandarine. A la palpation, cette tumeur est dure, irrégulière, comme constituée par quatre bourrelets confluent. Elle est adhérente à la peau, qui est de coloration violacée à son niveau.

Au-dessus et au-dessous de cette tumeur, la veine saphène interne, du volume du petit doigt, décrit de nombreuses flexuosités.

La jambe droite mesure dans sa circonférence 3 centimètres de plus que la jambe gauche au niveau du paquet variqueux mentionné plus haut.

Opération pratiquée par M. le professeur Villar le 12 décembre 1905. — Incision à 8 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, de chaque côté de la dilatation variqueuse, circonscrivant plus bas la tumeur et descendant toujours, en suivant les

parties latérales du cordon, jusqu'à 5 centimètres au-dessus de la malléole interne. Dissection du paquet variqueux, avec la peau le recouvrant. On sectionne, au passage, quelques grosses veines collatérales, sur lesquelles on applique des catguts.

Suture de la peau au crin de Florence. Nombre de points de suture : 36.

Durée de l'opération : 28 minutes.

Le lambeau de peau excisée mesure dans sa longueur, la peau non tendue, 36 centimètres. Sa largeur, au niveau de la partie la plus large de la tumeur, est de 7 centimètres, dimensions prises sans tenir compte de la rétractilité de la peau.

Nous constatons alors que la tumeur est constituée par la réunion de dilatations variqueuses dures et dont le volume varie entre celui du petit doigt et celui du médius. Ces dilatations sont unies les unes aux autres par un tissu résistant.

Pas de suites opératoires.

18 décembre : On change le pansement. Rien d'anormal. Nouveau pansement le 20 décembre; à la partie supérieure de la jambe, les bords de l'incision sont légèrement violacés sur une étendue de 4 centimètres, dans le point qui correspond à la grosse dilatation variqueuse dont la peau était altérée.

Le 3 janvier 1906 : On enlève tous les points de suture. La plaie est bien cicatrisée.

OBSERVATION XVII

Due à l'obligeance de M. le Dr ROCHER.

Varices du membre inférieur droit. — Ulcère variqueux. — Résection étendue de la saphène interne.

13 novembre 1904 : Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans qui a subi, il y a environ trois semaines, une résection de sa saphène interne pour deux ulcères variqueux siégeant à la jambe droite. L'un, situé dans la région malléolaire externe, présentait comme dimensions 5 centimètres sur 6; l'autre, au niveau de la malléole interne, remontait sur la face interne de la jambe et présentait en hauteur 15 centi-

mètres, en largeur 3 à 9 centimètres. Leurs surfaces étaient suppurantes, formées de bourgeons atones; les bords étaient épaissis et calleux, surtout au niveau de l'ulcère interne. Au-dessus d'eux, dans la moitié inférieure de la jambe, les téguments étaient squameux, violacés, brunâtres par places; une grosse ampoule veineuse à fleur de peau s'apercevait sur le trajet de la saphène interne. De ce point, on voyait celle-ci s'élever, sous la forme d'un gros cordon veineux, du volume du petit doigt, faisant saillie sous les téguments; elle remontait sur la face interne de la jambe, derrière le condyle interne, longeait la région postéro-interne de la cuisse, pour se jeter, au niveau du triangle de Scarpa, dans la fémorale. Elle occupait donc une situation un peu anormale : elle était plus postérieure que de coutume, mais il ne peut cependant y avoir aucun doute sur son identité.

Son trajet était à peine sinueux, parsemé de quelques renflements ampullaires; elle se distendait au maximum lorsque le sujet se tenait debout. Il existait des signes très nets d'insuffisance valvulaire, et c'est à celle-ci qu'on devait attribuer l'extrême dilatation de la veine. C'est ainsi que, lorsqu'on élevait le membre pour vider le canal veineux et que l'on plaçait ensuite le doigt à l'embouchure de la veine sur la fémorale, on voyait cette veine rester vide, affaissée, que le sujet se tint étendu ou debout; mais si, dans cette dernière position, on lâchait la compression digitale sur la veine, on voyait une colonne sanguine la remplir immédiatement de haut en bas.

Par le raisonnement, j'étais donc amené à faire dépendre ces troubles trophiques de la partie inférieure de la jambe, de la circulation veineuse défectueuse dans le territoire de la saphène interne, et il me sembla logique et nécessaire de recourir à une intervention chirurgicale contre cette insuffisance valvulaire.

Deux moyens thérapeutiques s'offraient à moi : les ligatures étagées; la résection de la veine. Je m'arrêtai à cette deuxième opération, qui, quoique un peu plus longue, me paraissait plus radicale, plus à l'abri d'un échec ou d'une récurrence et tout aussi simple comme intervention.

Une incision fut faite sur le milieu de la saphène interne : celle-ci fut découverte, dénudée, sectionnée entre deux pinces de Kocher,

cela en quelques instants. La dissection du segment supérieur fut poursuivie jusqu'à la pointe du triangle; celle du segment inférieur jusqu'au milieu du mollet, point où les téguments commençaient à présenter des troubles trophiques. Au fur et à mesure, les collatérales étaient liées au catgut; 41 centimètres de saphène interne furent ainsi réséqués. La plaie fut suturée, partie avec des agrafes de Michel, partie avec des crins de Florence. Guérison par première intention.

La veine, fendue dans toute sa longueur, ne présente aucune valvule. Cette atrophie des replis valvulaires est une cause importante dans la pathogénie des varices : elle a été bien étudiée par Bardleben, Klotz, qui ont montré la régression des valvules progressant avec l'âge.

Le point véritablement curieux et intéressant de cette observation est l'extrême rapidité avec laquelle se cicatrisèrent les ulcères; le troisième jour qui suivit l'intervention, en ôtant le pansement, quelle ne fut pas ma surprise et celle de mon entourage de voir le vaste ulcère de la face interne de la jambe complètement guéri, recouvert d'un épithélium rosé, fin et satiné, encadré encore par un rebord surélevé, reste des bords calleux de l'ulcère ! Quant à l'ulcère interne, pourtant beaucoup moins important, il subsistait seulement un petit espace lenticulaire et non recouvert d'épithélium; trois jours plus tard, deuxième pansement : la cicatrisation était complète.

Il est difficile d'expliquer une aussi prompte cicatrisation; il est cependant évident que la résection de la veine, la suppression de cette colonne sanguine exerçant une pression veineuse exagérée dans le territoire de la saphène interne, a dû raviver la vitalité des téguments et mettre dans des conditions quasi-normales cette large plaie ulcérée de la face interne de la jambe, siégeant au milieu de tissus infiltrés par l'œdème chronique.

Mais il faut également tenir compte, à mon avis, de la préparation opératoire qu'avait subie cette malade. Elle avait été mise tout d'abord au repos au lit. Ses ulcères avaient été pansés avec soin; la suppuration, plus ou moins fétide en pareil cas, s'était notablement amendée; les bourgeons avaient pris, depuis quelques jours, un aspect vivace et la plaie semblait être bien préparée pour une cicatrisation régulière. Il existait même en deux points, le jour de l'intervention,

deux ilots blanchâtres en pleine surface bourgeonnante; peut-être s'agissait-il de deux points d'épidermisation.

Il est à remarquer également que le vaste ulcère interne, dans le domaine immédiat de la veine saphène interne, fut plus rapidement influencé par la résection veineuse que le petit ulcère externe.

Ce résultat est d'autant plus appréciable, qu'il concerne un vieillard à tissus plus ou moins atrophies, peu disposés par conséquent à une prompte cicatrisation.

En résumé, si le résultat heureux obtenu dans cette observation ne revient pas totalement et exclusivement à la résection veineuse, je crois pouvoir cependant dire que mon intervention a mis cette femme dans d'excellentes conditions pour guérir rapidement et pour éviter des récidives si fréquentes en pareille affection.

En plus de ces différents points de vue, j'ai cru intéressant de publier ce cas, car il est pour le chirurgien un vif encouragement, et, en faveur des interventions contre les ulcères de jambe d'origine variqueuse, un argument d'une haute importance.

Nous avons recherché cette malade en juin 1907. Son fils nous a appris qu'elle était morte un an et demi après l'opération d'une hémorrhagie cérébrale, mais que le résultat de son opération des varices s'était toujours maintenu excellent.

OBSERVATION XVIII

TERRIER et ALGLAVE.

Varices du membre inférieur gauche avec ulcère à la partie moyenne de la jambe. Résection de la saphène interne sus-jacente à l'ulcère et circulaire sus-malléolaire de Moreschi.

Le nommé B..., âgé de 42 ans, a toujours joui d'une bonne santé générale.

Il est ouvrier dans une plâtrière où il fait un travail très pénible, et il vient à l'hôpital pour un ulcère variqueux de la jambe gauche dont il souffre beaucoup depuis quatre ans.

Cet ulcère a succédé à des varices apparues il y a dix ans environ et qui, il y a quatre ans, se compliquèrent d'une petite hémorrhagie à la partie moyenne de la jambe, après laquelle vint l'ulcère.

Depuis cette époque, il n'a cessé de réclamer des soins pour cet ulcère, tantôt à l'hôpital Saint-Louis, tantôt à Cochin, tantôt à la Pitié. Les pansements qui furent appliqués, le repos que prit le malade, parvinrent plusieurs fois à améliorer beaucoup cet ulcère; mais le mal reparaissait, dans toute son étendue, et avec toute sa gravité aussitôt que le malade reprenait son travail, si bien que, depuis quatre ans, il n'a jamais été guéri d'une façon complète et un peu durable.

Actuellement, le malade souffre beaucoup, surtout pendant son travail. Il ressent à tous moments de vives douleurs lancinantes.

Il a de la lourdeur et du gonflement de la jambe et ce gonflement l'empêche de supporter des bas élastiques qu'on lui avait conseillés.

A d'autres moments, il a des démangeaisons très vives. Pendant la nuit, il éprouve aussi de vives douleurs, parfois très brusques, comme si, disait-il, on lui cassait un bâton sur la jambe.

Quand on examine les varices sur le malade debout, on voit la saphène se dilater sous la forme d'un gros cordon, qui, régulier à la cuisse, devient noueux à la jambe et descend jusqu'à l'ulcère pour reparaître au-dessous de lui.

Les varices sont limitées au territoire saphène interne. Il n'y en a pas de bien appréciables dans le territoire saphène externe.

Quant à l'ulcère, il occupe toute la partie moyenne de la jambe; il s'étend en profondeur jusqu'à l'aponévrose jambière et au delà.

Il mesure 11 centimètres en hauteur et 3, 4 ou 5 centimètres en largeur suivant les points.

Une intervention est décidée et pratiquée le 27 mars 1906 par M. Algave.

Une résection de la saphène interne et d'une bonne longueur des branches qui lui arrivent est faite depuis le triangle de Scarpa, jusqu'au voisinage de l'ulcère, à 3 centimètres au-dessus duquel elle s'arrête.

A la jambe, les branches de la saphène sont poursuivies aussi loin que possible et presque jusqu'à l'aponévrose jambière, au contact de laquelle le clivage est pratiqué.

Pour compléter cette action sur la saphène et ses branches et s'opposer à la montée superficielle du sang vers l'ulcère, une incision

circulaire sus-aponévrotique de Moreschi est faite immédiatement au-dessus des malléoles.

Par cette incision circulaire les deux saphènes sont sectionnées ainsi que quelques-unes des branches qui doivent les rejoindre un peu au-dessus du point de section. Les veines sectionnées sont liées.

Les suites de cette opération sont aussi simples que possible et, au neuvième jour, quand on enlève le pansement et les fils de suture cutanée, l'ulcère est déjà en grande partie guéri.

Au vingtième jour, la cicatrisation de l'ulcère est complètement achevée.

Cette cicatrisation s'est montrée particulièrement rapide et nous nous promettons d'associer toujours dans l'avenir, pour les ulcères de la partie moyenne et supérieure de la jambe, la circulaire sus-malléolaire de Moreschi, ou la résection sus-malléolaire des saphènes aux résections des saphènes sus-jacentes à l'ulcère.

Revu trois mois après, le malade reste parfaitement guéri et travaille.

OBSERVATION XIX

Due à l'obligeance de M. le professeur DUBREUILH.

Varices du membre inférieur droit et ulcère variqueux. — Opération de Schwartz (ligatures et résections étagées).

Basile R..., 62 ans, entre le 14 juin 1905 dans le service de M. le professeur Dubreuilh, salle A, lit 3, pour ulcère variqueux.

Son ulcère a débuté il y a trois ans. Actuellement, la jambe droite, dans ses deux tiers inférieurs, est le siège d'une rougeur violacée. En deux endroits, sur la face interne, on constate la présence de petits ulcères du diamètre d'une pièce de 1 franc. Toutes les parties environnantes sont le siège d'une desquamation en fines lamelles.

La saphène interne est variqueuse sur tout son trajet. A la partie moyenne de la face interne de la jambe droite existe un vaste paquet variqueux, de la largeur de la paume de la main. La palpation donne la sensation de phlébolithes.

Opération le 22 juin 1905. — On place une première ligature à 2 centimètres au-dessous de l'embouchure de la veine saphène interne

dans la fémorale; on en place une seconde à trois travers de doigts au-dessous et on extirpe le segment intermédiaire.

Un deuxième segment de saphène, long de 3 centimètres, est extirpé également au niveau de la partie moyenne de son trajet à la cuisse.

Quant au paquet variqueux siégeant à la partie supérieure de la jambe droite, son extirpation en a été rendue très laborieuse et très délicate, par suite des adhérences unissant les veines dilatées à la face inférieure de la peau. A la partie inférieure quatre ligatures ont été nécessaires.

29 juin : On constate, à la partie inférieure de la cicatrice opératoire, deux tuméfactions rouges, douloureuses, fluctuantes, et l'incision au bistouri donne issue à du pus.

11 juillet : Les plaies sont toutes réunies et cicatrisées, bien qu'à la plaie inférieure il y ait eu un peu de mortification de la peau, à l'endroit où elle avait été plus particulièrement maltraitée au cours de l'opération. Les deux petits abcès sont guéris.

Le malade est revu par l'interne du service en août 1905. Voici ce qu'il a constaté :

Les deux jambes sont en parfait état; aucun trouble trophique. Il n'y a aucune rechute d'ulcère, quoique le malade n'ait pas porté de bas élastique. Les cicatrices opératoires sont linéaires, un peu pigmentées. Au-dessous de la résection supérieure on ne sent pas la saphène. Entre les deux cicatrices supérieures, on sent un léger cordon quand le malade est debout. Entre la cicatrice moyenne et l'inférieure, on sent nettement un cordon veineux, plus gonflé dans la station debout et du volume d'une plume de poulet. Sur la cuisse, au niveau de la cicatrice moyenne, se trouve un petit paquet de veines de petit volume, d'un faible calibre, mais nettement variqueuses. Sur le reste de la jambe, on aperçoit une veine qui traverse obliquement la partie antérieure de la jambe, allant de la malléole externe jusqu'au milieu de la face interne du membre. Elle est flexueuse, grosse comme un crayon et nettement perceptible quand le malade est debout. Son extrémité supérieure s'arrête à 7 ou 8 centimètres de la cicatrice opératoire.

Il y a donc eu *recanalisation des segments de veines conservés*, disparition des varices non excisées, à une exception près.

Sur la jambe se trouve encore un peu d'eczéma dont le malade ne se plaint pas, car il n'éprouve aucune démangeaison.

OBSERVATION XX

TERRIER et AGLAVE.

Varices volumineuses du membre inférieur gauche survenues après phlébite profonde au cours d'une fièvre typhoïde. — Résection totale des deux veines saphènes.

Le nommé H... (Julien), 47 ans, pâtissier, entre à la Pitié, salle Michon, dans le service de M. Terrier, pour des varices du membre inférieur gauche avec de petits ulcères.

Les varices existent depuis vingt-trois ans déjà. Le malade avait 19 ans quand elles sont apparues, après une phlébite profonde, contractée au cours d'une fièvre typhoïde.

Cependant elles ne l'incommodent que depuis dix ans.

Depuis dix ans, il a eu plusieurs fois des hémorrhagies abondantes; il a des crampes dans les mollets; de la lourdeur du membre, de la fatigue très grande après le travail, et depuis quelque temps il a dans la région des malléoles, en dedans et en dehors, deux petits ulcères rebelles à la guérison.

A l'examen du membre, on trouve de grosses varices des deux territoires saphéniens, beaucoup plus marquées au niveau de la jambe qu'à la cuisse, avec paquet variqueux et ampoules volumineuses en certains points où arrivent des perforantes.

Il présente à la jambe des cicatrices de ruptures veineuses, sous la forme de taches, grandes comme une pièce de 50 centimes et qu'on trouve, de ci, de là, sur le trajet habituel des perforantes.

Quand le malade marche un peu, le volume de son membre gauche variqueux est notablement supérieur à celui du membre droit qui est indemne de toute varice.

Le malade est opéré le 5 février 1906 par M. Aglave.

La saphène interne et ses branches jambières sont réséquées par deux incisions, une fémoro-jambière et une jambière. Le tronc saphénien est enlevé en totalité et ses grosses branches le sont dans

une bonne partie de leur étendue. Les plus superficielles sont séparées de la peau à laquelle elles adhèrent étroitement, et les profondes sont enlevées par un clivage fait à la surface de l'aponévrose jambière. Dans ce dernier temps opératoire, des perforantes, dont quatre grosses, se trouvent sectionnées et liées.

La saphène externe est ensuite réséquée dans la plus grande partie de son étendue. Ce temps opératoire mit à découvert quelques volumineuses perforantes ampullaires dont une a été, il y a peu de temps, le siège d'une hémorrhagie.

Enfin, pour enlever un paquet de varices localisées et indépendantes qui existe à la face interne du mollet, une incision de 8 à 10 centimètres y est pratiquée. On met ainsi à découvert une véritable « tête de méduse » variqueuse, au centre de laquelle il existe une volumineuse perforante, avec une ampoule de la dimension d'une noisette et dont la paroi est extrêmement mince, comme sur le point de se rompre. Cette perforante est réséquée avec les branches qui en émanent. Cette dernière remarque, des plus nettes et des plus intéressantes, nous montrait une fois de plus le rôle des perforantes dans la création des paquets de varices localisées.

Les suites opératoires avaient été aussi bonnes et simples que possible et le malade quittait l'hôpital vingt-deux jours après l'opération.

Mais il y revenait quinze jours après, accusant de l'œdème du membre après une marche d'une durée d'une heure ou deux. Cet œdème, que nous constatons pour la première fois après nos résections doubles de saphènes, est du vraisemblablement à l'oblitération de ses veines profondes, par une phlébite profonde antérieure aux varices.

En raison de cet œdème, le malade rentre à l'hôpital pendant quelques jours pour se reposer et recevoir un massage quotidien.

Sous l'influence du repos et de ce massage l'œdème disparaît rapidement et le malade peut de nouveau quitter l'hôpital après quelques jours et avec l'indication d'éviter toute marche ou toute fatigue prolongée, en même temps qu'il continuera son massage.

CHAPITRE V

Résultats de l'intervention chirurgicale.

Nous ne parlerons, bien entendu, que des résultats opératoires fournis par l'extirpation totale ou très étendue des saphènes, qui est, à notre avis, le procédé de choix. Nous avons, en effet, déjà exposé les résultats des autres procédés lorsque nous en avons fait l'étude.

Nous devons considérer ; 1° les résultats immédiats ; 2° les résultats éloignés.

Les résultats immédiats sont excellents ; tout le monde l'a constaté. La plaie opératoire se cicatrise très bien, le plus souvent *per primam*. Elle est guérie dans un temps très court ; celui qu'il faut à toute plaie cutanée pour se cicatriser, une dizaine de jours environ.

Les complications sont très rares, du moins les complications sérieuses. La seule qui se manifeste de temps en temps est l'angioleucite. Elle apparaît principalement dans les cas où il existe un ulcère variqueux. Celui-ci infecte la plaie qui est trop rapprochée ou insuffisamment protégée et il se produit une traînée de lymphangite réticulaire dans la région. Il se forme alors un peu de pus dans la plaie et il est nécessaire d'enlever deux ou trois points de suture pour donner issue au pus. Il est exceptionnel de voir cette infection prendre la forme d'un vaste phlegmon. Grâce à l'antisepsie, on se rend rapidement maître du mal et, en quelques jours, tout est fini.

La cicatrice opératoire ne gêne pas les malades. Pendant les premiers jours de convalescence, la cicatrice est un peu rouge,

violacée, et les malades éprouvent un peu de gêne. Mais au bout de quatre ou cinq jours cette gêne disparaît, la cicatrice devient blanche et les tissus environnants reprennent leur souplesse.

Les troubles fonctionnels, douleurs, œdème, etc., s'évanouissent très rapidement et dès leur sortie de l'hôpital les malades peuvent reprendre le travail qui leur était jadis rendu impossible par la présence de ces accidents. Cependant, il est à remarquer que lorsqu'on a fait une incision circonférentielle de jambe en même temps qu'une extirpation de saphène, l'œdème persiste assez longtemps; et cela se comprend puisque toute la colonne sanguine du membre est interrompue. Mais cet œdème, ainsi que nous avons pu le constater chez un de nos malades, est peu gênant et il régresse progressivement.

Les veines variqueuses qui subsistent se thrombosent et s'atrophient, si bien que, au bout de quelques mois, le réseau variqueux a disparu complètement ou en partie, mais en tout cas le malade n'en ressent plus aucun inconvénient.

Les troubles trophiques cutanés ne disparaissent que s'ils sont peu accentués. S'ils sont très étendus et très anciens, ils s'améliorent considérablement.

Les ulcères variqueux guérissent à coup sûr et avec rapidité. Nous en donnons quelques exemples tirés de nos observations :

DIMENSIONS de L'ULCÈRE	DATE D'APPARITION	TEMPS qu'il a mis à guérir après l'opération
Pièce de 5 francs	1 an	12 jours
4 cent. sur 3 cent.	1 mois	3 jours
12 cent. sur 9 cent.	6 ans 1/2	16 jours
(tous les traitements ayant échoué, on avait proposé au malade l'amputation de la jambe).		
Pièce de 5 francs	12 jours	10 jours
9 ulcères : pièces de 1 fr. à 2 fr.	3 mois 1/2	6 = 2 jours 2 = 6 jours 1 = 10 jours
Pièce de 5 francs	2 ans	3 jours

Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre, mais ceux là sont, à notre avis, suffisamment concluants. Parfois, cependant, on n'observe pas cette rapidité de guérison ; la raison en est que : 1° on est obligé d'arrêter l'incision au-dessus de l'ulcère et par conséquent de ne pas réséquer une portion de la veine qui l'alimente ; 2° on ne peut pas lier les perforantes sous-jacentes qui le plus souvent sont très grosses.

Tels sont les résultats immédiats de l'opération ; mais ce qui est plus important à connaître, ce sont les résultats éloignés.

D'après tout ce que nous avons dit sur l'extirpation des saphènes et le traitement chirurgical des varices, nous avons pu déduire, d'une façon tout à fait logique, que cette opération devait *théoriquement* mettre le malade à l'abri de récidives ultérieures. Mais parfois les événements viennent à l'encontre des raisonnements les plus justes, aussi devons-nous donner des preuves de ce que nous avançons.

Malheureusement, tous les cas que nous avons opérés sont trop récents et nous ne pouvons déduire rien de sérieux. Aussi sommes-nous obligé de donner les statistiques de divers opérateurs. Pour notre part, nous avons revu deux malades deux mois après l'opération et une autre malade près de trois mois après. Chez eux, la guérison s'était maintenue parfaite et il n'y avait pas de traces de la moindre récidive.

Cette statistique démontre que l'extirpation large de la saphène est une excellente opération des varices et nous pouvons dire la meilleure, après la critique que nous avons faite des autres procédés.

Peut-on conclure d'une façon *absolue* que cette méthode met pour toujours le malade à l'abri des récidives ? Nous ne le croyons pas car, dans aucune des statistiques, on n'a pu revoir tous les malades opérés. Il est très difficile de retrouver un malade quelques années après ; aussi est-il possible que certains, qui n'ont pu être revus, aient récidivé.

Nous pensons néanmoins, en nous basant sur la discussion de ce procédé et sur les résultats que nous connaissons, que les récidives doivent être très rares et que la plupart des malades

NOMS DES AUTEURS	NOMBRE D'OPÉRÉS	NOMBRE DE MALADES REVUS	TEMPS ÉCOULÉ depuis L'OPÉRATION	RÉSULTATS
R. Kennedy	15	15	de 2 à 7 ans.	Pas de récides.
Brodier	1	1	3 ans.	Id.
Farrant Fry	Nombreux malades.		2 ans.	Id.
Anendale	1	1	4 mois.	Id.
Lebrun	21	3	3 ans.	Id.
Rémy	10	7	1 an à 2 ans.	Id.
Quénu	2	2	1 cas = 2 ans.	Id.
Rémy et Reynier....	15	4	1 cas = 9 ans.	Id.
Robin	20	4	2 à 3 ans.	Id.
			9 mois à 2 ans.	Id.
Blanc	2	2	1 cas = 6 ans.	Guérison complète malgré
			1 cas = 9 ans.	de grosses fatigues.
Martin	6	1	4 ans.	Pas de récides.
Müller	138	»	longtemps.	Pourcentage 88/100.
Oraison	1	1	3 ans.	Guérison sans récides.
		4	6 ans.	Id.
		3	5 ans.	Id.
		2	4 ans 1/2.	Id.
		1	4 ans.	Id.
Mikoff	39	3	3 ans.	Id.
(donne les résultats de divers auteurs).		4	2 ans 1/2.	Id.
		3	2 ans.	Id.
		7	1 an 1/2.	Id.
		12	1 an.	Id.
Villar	?	1	4 mois 1/2.	Pas de récides.
				Le premier malade a été
Chavannaz	8	2	1 an 1/2.	opéré d'extirpation dou-
			2 ans 1/2.	ble et totale. Guérison.
			9 mois.	Id.
Rocher	2	2	1 an 1/2.	Id.
Dubrenilh	1	1	2 ans.	Id.
Schwarz	1	1	longtemps.	Id.
	phlébite variq.		2 cas = 2 ans.	
			2 cas = 10 mois.	
Terrier et Algrave...	21	8	1 cas = 1 an.	Id.
			1 cas = 6 mois.	
			2 cas = 3 m. 1/2.	

doivent bénéficier de cette intervention. En supposant même que cette opération ne garantisse la guérison que pendant quel-

ques années, nous trouvons que c'est là un résultat bien appréciable, que de permettre à un homme jeune de continuer son métier dans une période de son existence où il en a le plus besoin.

En conséquence, il est de notre devoir de vulgariser le traitement chirurgical des varices qui n'est pas assez connu dans le peuple, la classe de la société qui précisément doit en retirer le plus d'avantages. Nous devons faire tous nos efforts pour persuader aux variqueux de se soumettre à une opération, jusqu'au jour où ces malades, ayant évolué, comme l'ont fait leurs frères, les hernieux, viendront d'eux mêmes réclamer les secours de la chirurgie.

CONCLUSIONS

1° Tous les traitements médicaux employés contre les varices ne peuvent que les améliorer ou guérir temporairement quelques-uns de leurs accidents. Seul le traitement chirurgical est capable de donner une guérison durable et complète.

2° Les indications du traitement chirurgical sont très nombreuses et s'étendent à presque tous les cas de varices, à quelques exceptions près. Ses contre-indications sont principalement fournies par l'état du sujet et par les causes d'ordre général qui nous font rejeter n'importe quelle intervention chirurgicale chez certains malades.

3° L'extirpation totale ou très étendue des saphènes avec ou sans résection de grands lambeaux cutanés nous paraît être le meilleur des procédés et celui qui met le plus sûrement le malade à l'abri des récidives.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr F. VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 novembre 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACCINELLI (F.). — Della cura chirurgica della varici. *Morgagni*, nov. 1894, p. 649.
- ARCHAMBEAUD. — De la ligature des saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux. Thèse de Paris, 1890-91.
- BECKER. — *München med. Wochenschr.*, 1903, I, p. 884.
- BERGER. — *France méd.*, 1875, p. 323.
- BLAKE. — *Boston m. a. s. Journ.*, 1902, p. 347.
- BONNET. — Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs. In *Arch. de méd.*, 1839.
- BRAULT. — *Bull. de la Soc. de chir.*, juin 1903.
- BROCA. — Etude clinique de la phlébite variqueuse. *Rev. de chir.*, 1889, IX.
- BRODIER. — Extirpation très étendue des deux saphènes pour varices. XIX^e Congr. fr. de chir. Paris, oct. 1906.
- CAILLETON. — Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des ulcères variqueux. Thèse de Paris, 1901.
- CAILLOUÉ. — De la cure sanglante des varices (Excision de grands lambeaux cutanés). Thèse de Paris, 1899.
- CERNÉ. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 19 oct. 1890.
- CHABENAT. — Thèse de Paris, 1874.
- CHARRADE. — De la ligature et de la résection de la saphène interne dans le traitement des varices. Thèse de Paris, 1892.
- CHATELAIN. — Traitement des varices et des ulcères variqueux par la ligature de la saphène interne. Thèse de Genève, 1896.
- CHEVALIER. — Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices. Thèse de Paris, 1884.

- CHRÉTIEN. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (article *Saphènes*).
- CORDERART. — Traitement des varices et de l'ulcère variqueux par la ligature et la résection de la saphène. Thèse de Paris, 1893.
- CORNIL. — Sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses. *Arch. phys. normale et path.* Paris, 1872, IV.
- COUDERG. — L'opération de Trendelenburg. Thèse de Paris, 1898.
- DELBET. — Rôle de l'insuffisance valvulaire dans les varices. Leçons de clin. chir. à l'Hôtel-Dieu. Paris, 1897.
- De l'anastomose saphéno-fémorale dans le traitement des varices des membres inférieurs. Acad. de méd., séance du 18 décembre 1906.
- DELORE. — Congrès franç. de chir., 1894, p. 417.
- DOLBEAU. — In thèse Lafaye, 1873.
- ESTIENNY. — De la ligature de la saphène interne dans la cure chirurgicale des varices et leurs complications. Thèse de Toulouse, fév. 1893.
- ESPRIT. — *Arch. de méd. et pharm. militaires*. Paris, 1904, p. 1903.
- FAISST. — Ueber die Unterbindung der Vena Saphena magna nach Trendelenburg bei Unterschen Kelvaricen. *Beitr. z. klin. chir.*, 1895, XIV, p. 153.
- FARRANT-FRY. — Guérison des varices par excision. *Brit. med. Journ.*, sept. 1886, p. 445.
- FORGUE. — *Nouveau Montpellier*, 1895.
- FORGUE et RECLUS. — Thérap. chirurgicale, I, p. 431.
- GARY. — Contribut. à l'étude du trait. chir. des varices. Thèse de Montpellier, 1896-97.
- GAULEJAC (DE). — Nouvelle pathogénie des varices. *Presse méd.*, 24 juin 1903, p. 393.
- GOULD (Pearce). — The operative treatment of varicose veins. *The Lancet*, 1899, I, p. 941.
- GROSMAIRE. — Considérat. sur les varices du membre inférieur et leur trait. chir. Thèse de Nancy, 1899.
- GUÉRITEAU. — Contribut. à l'étude de la phlébite variq. des membres inférieurs et en particulier de son trait. opératoire. Thèse de Paris, 1898.

- GUIBAL. — De la dilatation ampullaire des veines. *Rev. de chir.*, 1903.
- GUIBÉ. — De la résect. totale des saphènes variqueuses. *Presse méd.*, 14 nov. 1906, n. 91, p. 726.
- HARDOUIN et LA PIPE. — Le trait. de l'ulcère variq. par l'incision circonférentielle de jambe. *Presse méd.*, 17 janv. 1906, n. 5, p. 34.
- HOLTZMANN. — Varicen modification der bisheringen Behandlung. *Inaug. diss.* Strasbourg, 1898.
- HOWSE. — On the cure of varices by excision. *Guy's Hosp. Rep.*, London, 1877, XXII, p. 453.
- HUGHES. — *Brit. med. Journ.*, 1887.
- ISCH-WALL. — De la résect. veineuse dans le cas de thrombose pour parer aux accidents emboliques. Rapp. par Reynier. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1893, XIX, p. 533.
- LAFARGE. — Trait. des ulcères de jambe par l'incision circonférentielle. Thèse de Paris, 1875.
- LE DENTU. — Circulat. veineuse du pied et de la jambe. Thèse de Paris, 1869.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chir., IV.
- LEBRUN. — Sur la cure radicale des varices. *Journ. méd. chir. pharm. de Bruxelles*, 1885.
- LEDDEBHOSE. — Recherch. sur la physiol. normale et path. des valvules veineuses des membres. LXXVI^e Congr. des naturalistes et méd. allem. (sect. chir.).
- LONGUET. — Thrombo-phlébite variq. de la saphène ext. traitée par la phlébectomie. *Presse méd.*, 1898, II, p. 332.
- LUTAUD. — Contrib. à l'étude du trait. des varices des membres inférieurs par la méthode sanglante. Thèse Bordeaux, 1906.
- MADLUNG. — Ueber die Ausschælung cirsoider varicen an den unteren Extremitæten. XIII^e Congr. all. de chir. *Cent. für chir.*, 1884.
- MARI (Félice). — Trait. des varices par la ligat. de la saphène associée à la médication de Lister. *Revista di clinica di Bologna*, 1881, p. 63.
- MICKELICH. — Recherch. comparatives sur la valeur des opérations employées dans la cure contre les varices. In *Arch. de Virchow*, XXV, p. 48.

- MIKOFF. — Résultats éloignés de la cure radicale des varices obtenue par la résection. Th. Lyon, 1899.
- MILLS-ROBERTS. — *The Lancet*, 1900. London, II, p. 1348.
- MONOD et VANVERTS. — Manuel de technique opératoire.
- MONTAZ. — *Dauphiné méd.*, août 1898.
- MOORE. — Interc. med. Austr. Melbourne, 1898.
- MORESCHI. — Clinica chirurgica. Anno VII, n. 2, p. 89.
- NARATH. — Extirp. sous-cutanée des veines variqueuses du membre inférieur. *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, XXXIII, p. 104.
- OVITTOME. — Pract. obs. on treat. of ulcers on the leg, 1797.
- PERTHES. — *Deut. med. Wochensch.*, 1895, n. 16, p. 353.
- PHLEPS. — *New-York med. Journ.*, 1889, II, p. 701.
- POUSSON. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903, p. 415.
- QUÉNU. — *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 20 fév. 1895.
- Trait. chir. de la névrite sciatique des variqueux. Congr. fr. de chir., 1892, p. 457.
 - Résect. de la veine poplitée, dilatée, thrombosée. VI^e congr. fr. de chir. Paris, 1892.
 - Art. *Varices*. In traité Duplay et Reclus.
- RÉMY. — Du trait. chir. des varices. *Bull. gén. de thérap.*, 1897.
- Comparaison des diverses méthodes de trait. des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère. *Bull. gén. thérap.*, 1895.
 - *Gaz. des Hôpitaux*, 1892.
 - Congr. de chirurgie de Paris, 1892.
 - Congr. de chirurgie de Paris, 1898.
 - Traité des varices du membre inférieur, 1901, p. 214.
- RICARD. — De la cure radicale des varices. *Gaz. des Hôpitaux*, 1890, p. 1158.
- RIENZI. — Contrib. à l'étude de l'étiologie des varices. *Giorn. intern. dell. sc. med.*, 1882, fasc. II, p. 16.
- RIGAUD. — Soc. de chir., 1875.
- RIOLACCI. — *Loire méd.*, 1897, p. 169.
- ROBERT KENNEDY. — Sur les résultats éloignés des opérations pour les veines variqueuses des membres inférieurs. *Brit. med. journ.*, 29 oct. 1904.

- ROBIN. — Contrib. au trait. chir. des varices. Thèse de Paris, 1896.
- ROBINEAU. — Trait. chir. des phlébites. Th. Paris, 1897.
- ROCHARD. — Dict. encycl. des sc. méd. (art. *Varices*).
- ROCHER. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 nov. 1904, p. 827.
- SCHWARTZ. — De la cure sanglante des varices. *Rev. gén. de clin. et therap.*, 21 nov. 1896, n. 47, p. 737.
- Extirp. des phlébites variq. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1898, XXIV, p. 146 et 388.
- Trait. des varices par l'excision veineuse avec l'ablation de grands lambeaux cutanés. *Presse méd.*, 1898, p. 537.
- Congr. de chir. Paris, 22 oct. 1898.
- Dict. de méd. et de chir. prat. (art. *Varices*).
- SEGOND. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 387.
- SNEDE. — XIII^e Congr. de chir. allem., 1884.
- SOUlié (d'Alger). — *Bull. méd.*, 1903, n. 41, p. 484.
- STARKE. — XIII^e Congr. de chir. allem., 1884.
- STEELE. — *The Lancet*, 1875.
- STEVENSON. — *The Lancet*, London, 23 oct. 1886.
- TAVEL. — Trait. des varices par la ligature et la thrombose artificielle des veines. LXXII^e Congr. de l'Assoc. centrale des médecins suisses. Olten, 29 oct. 1904.
- TERRIER et ALGLAVE. — Résect. totale des saphènes dans le trait. des varices superficielles des membres inférieurs et leurs complications. *Revue de chirurgie*, 1906, p. 865.
- TERRILLON. — Varices profondes et coup de fouet. *Bull. gén. de therap.*, 1882.
- TESSÈNE (M^{lle}). — Le procédé de l'incision circulaire de cuisse dans le trait. chir. des ulcères variq. Th. Paris, 1905.
- TILLAUX. — Trait. chir. des varices. *Tribune méd.*, 15 fév. 1894, p. 127.
- TOBOLD. — Ueber varicen der unteren Extremität und ihre Behandlung. Inaug. Diss. Bonn., 1889.
- TRENDELENBURG. — Ueber die unterbindung der vena saphena magna bei unterschenkel varicen. *Beitræg. z. klin. chir.*, 1890, VII, p. 195.
- VÉNOT. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903, p. 690.
- VERNEUIL. — *Gaz. méd.*, 1855.

VERNEUIL. — Des varices et de leur traitement. *Rev. thérap. clin. et méd.*, 1854-55.

— Note sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique. *Gaz. hebd. de méd. et clin.*, 1861.

VIANNAY. — *Revue de chirurgie*, 10 janv. 1903, p. 78.

VILLAR. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 déc. 1893.

VILLAR et MONGOUR. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 déc. 1893.

VON BRUNN. — Statistique des résultats éloignés de la ligature de la saphène dans le trait. des varices. LXXVI^e Congrès des naturalistes et méd. allem. (sect. chir.)

WAGON. — *Bull. méd. des sc. anat.*, Paris, 1903.

WINIWARTER. — Trait. des varices du membre inférieur par la ligature de la saphène interne. *Ann. de la Soc. méd. et chir. de Liège*, 1894, XXXIII, p. 143.

